Les
PUBLICATIONS
DU QUÉBEC

Collection:
La santé des Québécois

La hausse de l'invalidité

Québec

Le contenu de cette publication a été rédigé par
Le Conseil des affaires sociales et de la famille

Cette édition a été produite par
Les Publications du Québec

Dépôt légal — 4e trimestre 1986
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-551-08781-3

© Gouvernement du Québec

La hausse de l'invalidité

Analyse par pathologie et recherche de liaisons existantes avec la chute de la mortalité.

par Robine, Jean-Marie* et Brunelle, Yvon**

* Institut national de la santé et de la recherche médicale (France).
** Conseil des affaires sociales et de la famille (Québec).

Remerciements

Nous remercions:

M.C. de Billy, Conseil des affaires sociales et de la famille (CASF)

C. Brisson, Université Laval

J. Brunet, Centre hospitalier de l'Université Laval

F. Camirand, Ministère de la Santé et des Services sociaux

A. Colvez, Institut national de la santé et de la recherche médicale (France)

D. Cornellier, Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ)

H. David, Institut de recherche appliquée sur le travail (IRAT)

A. Hébert, Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ)

H. Sellers, Santé et Bien-être social Canada

J.Y. Uhel, Régie des rentes du Québec

M. Vézina, Université Laval (DSC)

A. Vinet, Université Laval

R. Wilkins, Hôpital général de Montréal (DSC)

qui ont accepté de lire ce travail avant sa publication et qui nous ont fait part de leurs commentaires. Ces critiques, toujours très intéressantes, nous ont permis d'enrichir l'étude sur de nombreux points.

Nous remercions par ailleurs, R. Prévost et Y. Nobert qui ont facilité l'accès aux données, respectivement du Régime de pensions du Canada (RPC) et de la Régie des rentes du Québec (RRQ).

Une étude épidémiologique ne peut être que l'oeuvre d'une équipe où chacun joue un rôle particulier dont dépend l'ensemble.

Cette étude a été réalisée au Conseil des affaires sociales et de la famille que préside le docteur Madeleine Blanchet.

Les personnes qui ont contribué à cette étude sont:

J. M. Robine Y. Brunelle	Conception et analyse
L. Quenneville	Informatique
G. Picard	Recherche bibliographique
L. Fortin	Élaboration des tableaux et graphiques
J. Guimont	Dactylographie et mise en page

Cette étude s'inscrit dans le cadre de la coopération scientifique en épidémiologie entre le Québec et la France. Elle a été rendue possible grâce à la coopération du:

— Conseil des affaires sociales et de la famille, Sillery

— Fonds de la recherche en santé du Québec, Montréal

— Institut national de la santé et de la recherche médicale, France
  - Mission des relations internationales, Paris
  - Unité de recherche sur l'évaluation des systèmes de soins et de l'état de santé INSERM, U164, Le Vésinet

— Régie des rentes du Québec (RRQ), Québec

— Régime de pensions du Canada (RPC), Ottawa

Avant-propos

La collection La Santé des Québécois publie depuis 1983, les résultats des principales études sur l'état de santé de la population du Québec, menées par le **Conseil des affaires sociales et de la famille**. Avec **Des victoires sur la mort**; Laurent Roy décrivait l'importance des gains réalisés sur la mortalité au cours des années soixante-dix. Dans **Durée ou qualité de la vie?** Sylvie Dillard s'interrogeait sur la qualité des années ainsi gagnées et opposait à la notion traditionnelle d'espérance de vie, comme mesure de l'état de santé, celle d'espérance de vie en bonne santé. Madeleine Levasseur décrivait les problèmes de santé aux différents âges de la vie dans **Des problèmes prioritaires**. Les coûts des différentes catégories de maladies étaient recensés par François Camirand dans son étude sur **Les coûts de la maladie**.

Dans **La hausse de l'invalidité**, Jean-Marie Robine et Yvon Brunelle apportent des premiers résultats chiffrés sur les liens qui existent entre l'évolution de la mortalité et l'évolution des capacités fonctionnelles de la population.

Aujourd'hui, où la réduction des incapacités est devenue une des grandes priorités des systèmes de soins, l'étude du Conseil apporte quelques évidences dont l'intérêt, derrière les aspects factuels, dépasse largement les frontières du Québec.

Madeleine Blanchet,
présidente du CASF

Résumé

La réduction des incapacités est devenue une priorité des politiques de santé. Au Canada, on observe une augmentation de l'invalidité reconnue au cours des dernières années. Ailleurs, on observe en règle générale une augmentation de l'incapacité déclarée par la population. Une des hypothèses discutées est que la croissance de l'incapacité déclarée ou reconnue proviendrait d'une détérioration de l'état de santé résultant de la chute de la mortalité. La recherche d'une relation entre la hausse de l'invalidité reconnue et la chute de la mortalité est l'objectif principal de cette étude.

Depuis 1970, il existe au Canada, pour neuf provinces sur dix, un régime de base de compensation de l'invalidité: le Régime de pensions du Canada (RPC). Un programme identique mais autonome dans son administration, assure la population de la dixième province: le Régime de rentes du Québec (RRQ). Plus de 99% de la population canadienne ayant un revenu de travail cotise à l'un ou l'autre régime.

À partir des données de ces deux régimes, on a calculé l'incidence de l'invalidité reconnue (IIR) pour chaque sexe, par groupe d'âge quinquennal et par origine pathologique. Dans le cas du Québec, il a été possible de calculer l'IIR par niveau de mobilité (confinement, déplacement avec aide, déplacement sans aide). L'analyse a surtout porté sur les données de la RRQ car elles étaient plus complètes et étaient disponibles sur une plus longue période.

Dans l'ensemble, les principaux résultats observés au Québec sont confirmés par ceux concernant le reste du Canada, bien qu'il y ait des différences non négligeables. Ainsi, on observe en dehors du Québec une incidence de l'invalidité plus élevée pour troubles ostéo-articulaires. On observe également une incidence plus grande chez les femmes et chez les jeunes pour l'invalidité toutes causes.

Le calcul de l'incidence standardisée par âge montre qu'il y a un doublement du risque d'être reconnu invalide entre 1972 et 1982 pour les deux sexes au Québec.

L'incidence de l'invalidité augmente pour toutes les causes pathologiques. Toutefois, on remarque que la croissance de l'incidence pour maladies de l'appareil circulatoire ou respiratoire est faible, alors que l'incidence pour troubles ostéo-articulaires quadruple.

La hausse de l'incidence est essentiellement due à une augmentation de la reconnaissance de l'invalidité pour des sujets mobiles sans aide, quelle que soit l'origine de l'invalidité. Les invalides sévèrement restreints dans leur mobilité (confinement ou déplacement avec aide) n'augmentent pas.

Par ailleurs, l'étude montre l'extrême importance des maladies chroniques dans l'origine de l'invalidité par rapport aux accidents, même chez les hommes. La surinvalidité de ces derniers s'explique principalement par les maladies de l'appareil circulatoire ou respiratoire, alors que les troubles mentaux, les maladies des organes des sens et les affections ostéo-articulaires affichent des incidences de l'invalidité et des tendances similaires pour les deux sexes.

L'étude des corrélations entre les variations annuelles de l'incidence et de divers indicateurs socio-économiques disponi-

bles montre qu'il y a peu de corrélations avec les variations de la demande pour le statut d'invalide et avec les variations du niveau d'activité. Il n'y a aucune corrélation entre les variations de l'incidence de l'invalidité et les variations du taux de chômage.

Enfin, on n'a pas pu établir de corrélations statistiques entre les variations annuelles de l'incidence de l'invalidité et les variations annuelles des taux de mortalité — toutes causes. Par grands domaines pathologiques, on constate que les causes de mortalité ayant diminué le plus au cours de la période, ne correspondent pas aux causes d'invalidité ayant augmenté le plus. Dans le reste du Canada, on note même une diminution de l'IIR pour les maladies de l'appareil circulatoire (sexe féminin) et respiratoire (sexe masculin).

En dix ans, la mortalité à l'âge adulte a fortement diminué. Ce qui fait craindre, à certains, une «pandémie» des maladies chroniques. Notre étude montre que la chute de la mortalité ne s'est pas traduite par un accroissement du confinement en institution ou à domicile, ni par une augmentation des besoins d'assistance pour les déplacements. À l'évidence, l'efficacité actuelle du système de soins ne se limite pas qu'à la réduction de la mortalité.

Dans le détail, les résultats de notre étude ne sont pas favorables à l'existence d'une relation simple et unique entre l'évolution de l'invalidité et de la mortalité. Si certains de nos résultats sont cohérent avec la théorie de la «pandémie», d'autres sont cohérent avec l'hypothèse d'un certain «équilibre» et d'autres enfin ne correspondent à aucune des théories exposées. C'est le cas, en particulier, de la hausse de l'IIR ayant pour origine des pathologies non létales.

— Ainsi la hausse de l'IIR pour tumeurs, pour tous les niveaux de mobilité, est cohérente avec l'idée d'une dégradation de l'état de santé compte tenu du fait que la mortalité pour tumeurs augmente au cours de la période dans le cas des hommes.

— La hausse de l'IIR pour accidents, pour des individus vivant en institution ou confinés à domicile, est cohérente avec la théorie de la «pandémie» compte tenu de l'évolution de la mortalité.

— La diminution de l'IIR pour maladies cardio-respiratoires, pour des sujets restreints dans leur mobilité, est cohérente avec la théorie de l'«équilibre» compte tenu de la chute de la mortalité.

— La diminution de l'IIR pour troubles mentaux, pour des sujets restreints dans leur mobilité, est cohérente avec l'idée d'une amélioration de l'état de santé tout comme la réduction de l'IIR pour troubles ostéo-articulaires, pour des sujets vivant en institution ou confinés à domicile.

Liste des abréviations utilisées dans le texte

MCD: Maladies chroniques dégénératives

RRQ: Régie des rentes du Québec

RPC: Régime de pensions du Canada

CIM: Classification internationale des maladies

IIR: Incidence de l'invalidité reconnue

BSQ: Bureau de la statistique du Québec

OMS: Organisation mondiale de la santé

NCHS: National Center for Health Statistics

Table des matières

Résumé XI
Introduction:
Objectif de l'étude 1

1. Matériel et méthode 3
1.1 Données utilisées 3
1.1.1 Banque de données de la Régie des rentes du Québec 4
1.1.2 Banque de données du Régime de pensions du Canada 4
1.1.3 Qualité des données 4
1.2 Méthode d'analyse 5
1.2.1 Le choix de la population de référence pour le calcul de l'incidence de l'invalidité 5
1.2.2 Évaluation annuelle du risque 6
1.2.3 Regroupement par origine pathologique 7
1.2.4 Regroupement par niveau de mobilité 7
1.2.5 Standardisations et comparaisons 7
1.2.6 Établissement des relations avec les facteurs socio-économiques 8
1.2.7 Établissement des relations avec la chute de la mortalité 8

2. Résultats 9
2.1 Incidence de l'invalidité au Québec entre 1972 et 1982 9
2.1.1 Incidence brute 9
2.1.2 Incidence standardisée 11
2.1.3 Sexe et âge des nouveaux invalides 16
2.2 Origine pathologique de l'invalidité reconnue 19
2.2.1 Évolution de l'importance relative des différentes origines pathologiques 19
2.2.2 Évolution de l'incidence de l'invalidité reconnue selon les différentes origines pathologiques 22
2.2.3 Différences dans l'origine de l'invalidité selon les sexes 24
2.2.4 Différences dans l'origine de l'invalidité selon les groupes d'âge 24
2.3 Comparaison entre le Québec et le reste du Canada 27
2.4 Niveau de mobilité des invalides reconnus 29
2.4.1 Évolution du niveau de mobilité des invalides reconnus 29
2.4.2 Évolution de l'incidence de l'invalidité reconnue selon les différents niveaux de mobilité 32
2.4.3 Différence dans le niveau de mobilité selon les groupes d'âge 34

2.5 Origine pathologique et niveau de mobilité des invalides reconnus **35**
2.6 Relations entre l'évolution de l'IIR au Québec et divers facteurs socio-économiques **39**
2.6.1 Accroissement de la demande pour l'invalidité **39**
2.6.2 Évolution du taux d'activité **40**
2.6.3 Évolution du taux de chômage **40**
2.7 Relations entre l'évolution de l'invalidité reconnue et l'évolution de la mortalité **40**
2.7.1 Correspondance des nombres **40**
2.7.2 Mortalité générale et invalidité toutes causes **41**
2.7.3 Mortalité spécifique et invalidité par origine pathologique **42**
2.8 Mortalité des invalides **44**
2.8.1 Évolution de la mortalité des invalides selon l'origine pathologique de l'invalidité **45**
2.8.2 Évolution de la mortalité des invalides selon le niveau de mobilité lors de la reconnaissance **46**
2.8.3 Part des décès d'invalides parmi l'ensemble des décès de la population adulte au Québec **47**

3. Discussion **49**
3.1 Qu'est-ce que l'invalidité? **49**
3.2 Les facteurs socio-économiques **50**
3.2.1 Les mofidications de la population active **50**
3.2.2 Les modifications de la population admissible au programme **50**
3.2.3 L'évolution de la demande pour le statut d'invalide **50**
3.2.4 Les critères de reconnaissance de l'invalidité **51**
3.2.5 Les modifications de l'environnement du travail **52**
3.3 La dégradation des capacités fonctionnelles des adultes et les relations entre la chute de la mortalité et la hausse de l'invalidité reconnue **53**
3.3.1 Le débat **53**
3.3.2 L'incidence de l'invalidité reconnue selon les niveaux de mobilité **54**
3.3.3 L'incidence de l'invalidité reconnue selon les domaines pathologiques **55**

Conclusion **57**

Bibliographie **59**

Liste des tableaux **65**

Liste des graphiques **67**

Figures **68**

Annexes **69**

Annexe 1: Les procédures d'instruction des demandes formulées à la RRQ et au RPC **71**

Annexe 2: Principaux effectifs **74**

Annexe 3: Résultats des corrélations entre les variations annuelles de l'IIR standardisée et des taux de mortalité standardisés **77**

Annexe 4: Courbe de survie des invalides reconnus entre 1970 et 1983 au Québec par la RRQ, selon le sexe **78**

Introduction: Objectif de l'étude

Avec la diminution des taux de mortalité (1) et l'émergence relative des maladies chroniques dégénératives (MCD) (2-3), la réduction des incapacités est devenue une priorité des politiques de santé (4-7). L'objectif est de permettre au maximum d'individus de mener une vie normale, d'exercer leurs activités principales et de remplir leurs grands rôles sociaux; bref, de minimiser sur le plan social, les conséquences de la maladie. Or, au Québec, la Régie des rentes (RRQ), organisme qui couvre plus de 99 % de la population de moins de 65 ans ayant un revenu de travail, a reconnu, en 1982, trois fois plus d'invalides qu'en 1972 avec des critères de reconnaissance officiellement inchangés. Nous avons analysé les données de la RRQ ainsi que celles du Régime de pensions du Canada (RPC) avec la volonté de comprendre ce qui pouvait expliquer cette évolution.

La qualité de la vie des sujets, malades ou pas, dépend largement de leur intégration sociale, de leur rôle dans la société et de la valeur qui leur sont accordés. Or, pour beaucoup, tout cela repose sur l'activité professionnelle: occupation élaborée, à la fois valorisante et valorisée, permettant une bonne insertion dans la société et l'entretien d'un réseau social. L'exclusion du monde du travail augmente à l'évidence les risques de désinsertion sociale.

C'est pourquoi le versement d'une pension apparaît souvent être la solution de dernier recours après toutes les solutions imaginables de maintien au travail: réadaptation, conversion, aménagement des postes de travail, allégement des contraintes de production, etc.[1]

La dégradation des capacités fonctionnelles des individus fait l'objet d'un large débat (8-18). Une des hypothèses discutées est que cette détérioration résulterait de la chute de la mortalité. **La recherche d'une relation entre la hausse de l'invalidité et la chute de la mortalité est l'objectif principal de cette étude.**

Certains auteurs ont évoqué, dans la littérature épidémiologique et socio-économique, d'autres mécanismes pouvant expliquer la hausse de l'incapacité. Ce sont principalement:

— une modification de l'attitude à l'égard du travail (12, 19-23);
— un accroissement de la demande pour le statut de malade ou d'invalide (12, 24, 25);
— un accroissement de l'offre explicite ou implicite de reconnaissance sociale (12, 26-29, 62), qui peut être lié au geste diagnostique et à sa précocité (18, 30, 31, 55);
— une détérioration de l'environnement, en particulier du marché du travail (32-38).

Dans la mesure du possible, nous avons tenu compte de ces éléments dans le déroulement de notre analyse. Elle s'est effectuée selon les 6 étapes suivantes:

1- En premier lieu, nous avons cherché à connaître l'ampleur réelle du phénomène de hausse de l'invalidité en calculant des incidences et en effectuant des standardisations par âge.

1. Il peut suffire dans certains cas de simplement permettre au sujet handicapé d'accéder à l'horaire libre pour qu'il gère ses difficultés à travailler (35).

2- Ensuite, nous avons étudié l'origine pathologique de l'invalidité afin d'apprécier la contribution des différentes causes médicales ou accidentelles dans l'évolution constatée.

3- Nous avons comparé les résultats obtenus au Québec à ceux du reste du Canada afin de vérifier si les évolutions constatées au Québec se retrouvaient ailleurs.

4- Nous avons étudié les capacités fonctionnelles des invalides au moment de la reconnaissance de l'invalidité et leur mortalité dans l'année qui suit, afin de savoir si la hausse de l'invalidité reconnue ne s'accompagnait pas d'une modification du niveau de santé des invalides.

5- Nous avons constaté qu'il n'y a pas de relations statistiques étroites entre la hausse de l'invalidité et les séries statistiques socio-économiques disponibles, pour nous assurer que la hausse de l'invalidité ne s'expliquait pas simplement par les modifications socio-économiques mentionnées plus haut.

6- Ces étapes achevées, nous avons recherché l'existence d'une relation entre la hausse de l'invalidité et la chute de la mortalité. Cette analyse a porté à la fois sur le niveau général de mortalité et d'incapacité et sur les causes spécifiques.

1. Matériel et méthode

1.1 Données utilisées

Depuis 1970, il existe au Canada un régime de compensation de l'invalidité unifié. Celui-ci dépend du Régime de pensions du Canada (RPC) pour l'ensemble des provinces à l'exception du Québec où il dépend de la Régie des rentes du Québec (RRQ)[2]. Ce régime de base peut être complété par d'autres systèmes publics ou privés. Le RPC et la RRQ interviennent à titre de «premier payant». Toute personne admissible et présentant le niveau d'incapacité requis en bénéficie quelle que soit l'origine de l'invalidité (maladie, accident du travail, maladie professionnelle, accident de la route, etc.).

Depuis 1966, tout individu âgé de 18 ans et plus, bénéficiant d'un revenu du travail net annuel dépassant un minimum fixé, doit cotiser au régime. Ce revenu minimum est très faible. Il était de 600 dollars au Québec en 1966. La quasi-totalité, soit plus de 99 % de la population ayant un revenu du travail, cotise, depuis le lancement du programme, à la RRQ pour le Québec ou au RPC pour le reste du Canada.

Pour pouvoir bénéficier du régime de compensation, il faut avoir cotisé pendant 5 ans au cours des 10 dernières années et pendant le tiers de la période cotisable de l'individu[3]. Toutefois, en 1970 seuls étaient admissibles au régime les individus qui avaient cotisé sans interruption depuis 1966, y compris en 1970. En 1971, étaient admissibles ceux qui avaient cotisé 5 années au cours des 6 dernières années, etc.

Pour être reconnu invalide, il faut être jugé incapable **«d'exercer régulièrement tout emploi véritablement rémunérateur»** par les médecins experts de la RRQ ou du RPC[4]. **Cette incapacité doit résulter d'une maladie ou d'une déficience permanente qui a amené le sujet à cesser de travailler.** Les critères de reconnaissance n'ont pas changé de 1970 à 1983. Toutefois, en 1976 au Québec, la RRQ a demandé aux médecins de reconnaître plus facilement l'invalidité[5].

La procédure d'instruction d'une demande à la RRQ se déroule en neuf étapes qui sont détaillées en Annexe 1:

1- Vérification de l'admissibilité du sujet.
2- Établissement d'un dossier médical important (y compris les hospitalisations) par le(s) médecin(s) traitant(s).
3- Évaluation du dossier médical par les médecins experts de la RRQ.
4- Recherche (facultative) d'informations complémentaires (examens complémentaires, histoire médicale du sujet).
5- Établissement des capacités fonctionnelles du sujet (mobilité, profil d'emploi et niveau d'instruction).
6- Acceptation ou refus du dossier par l'agent traiteur.

2. À l'exclusion de certains employés fédéraux au Québec qui cotisent au RPC.

3. En 1982, la période cotisable atteint 16 ans. Le tiers de la période cotisable ne dépasse pas 5 ans à la fin de l'étude. À l'avenir cette condition risque de réduire l'admissibilité des femmes, des travailleurs précaires et des travailleurs en mauvaise santé. Les conditions d'admissibilité seront d'autant plus sévère que le travailleur sera âgé.

4. Définition: incapacité de s'acquitter de manière régulière d'un emploi substantiellement lucratif; doit vraisemblablement avoir le décès pour conséquence ultime ou être de durée indéfinie.

5. Cette recommandation a été faite après constat d'un écart important avec le RPC (information communiquée oralement par la RRQ). Il n'apparaît pas clairement si toute la population était concernée ou seulement les 60 ans et plus.

7- Mécanique d'appel en cas de refus (facultatif).
8- Mise en paiement de la pension.
9- Réévaluation du dossier (facultatif sur avis des médecins de la RRQ).

L'établissement des capacités fonctionnelles peut se faire à la RRQ lorsque le sujet est mobile. Autrement la RRQ procède par enquête à domicile ou téléphonique. Pour être jugé incapable de travailler, l'individu ne doit pas apparaître capable d'exercer plus de deux des métiers figurant dans le code canadien des professions. L'évaluation de la mobilité est faite par des médecins, l'évaluation des capacités professionnelles est faite par du personnel spécialisé. La procédure d'instruction au RPC est similaire (Annexe 1).

1.1.1 Banque de données de la Régie des rentes du Québec

La banque de données de la RRQ contient, pour chaque individu reconnu invalide depuis 1970, les informations suivantes:

— sexe;
— date de naissance;
— région administrative de résidence lors de la reconnaissance;
— date de reconnaissance de l'invalidité;
— principale pathologie à l'origine de l'invalidité, codée selon la classification internationale des maladies (CIM);
— niveau de mobilité du sujet au moment de la reconnaissance;
— dernière profession exercée au moins un an;
— charges de famille;
— date de sortie de l'invalidité et raison: réadaptation, passage à la retraite ou décès.

1.1.2 Banque de données du Régime de pensions du Canada

La banque de données du RPC contient les mêmes informations que celle de la RRQ. N'y figurent pas cependant le niveau de mobilité, la dernière profession exercée et les charges de famille. Dans le cadre de cette étude, nous ne disposions des informations de cette banque qu'à partir de 1975.

1.1.3 Qualité des données

Les banques utilisées ont un caractère administratif. Les informations n'ont pas été saisies en vue d'une exploitation scientifique (63). Toutefois, comme la RRQ envisageait au début du programme de s'intéresser aux aspects de réadaptation, elle a consacré le plus grand soin à l'enregistrement des causes d'invalidité et du niveau de mobilité des individus[6].

Par ailleurs, le fait que le fichier serve à verser des pensions, donne l'assurance d'une mise à jour régulière et d'un bon contrôle des données figurant dans la banque. Ainsi, on constate que les fraudes sont minimes et comme les sorties par réadaptation sont inférieures à 1 % après 1973, les sorties par décès ou retraite constituent plus de 99 % des sorties annuelles de la banque.

La définition retenue de l'invalidité correspond au mandat de la RRQ et du RPC qui est avant tout d'assurer la sécurité du revenu des cotisants. Aujourd'hui, l'OMS recommande de distinguer les déficiences des incapacités et des

6. L'exploitation régulière des données, pour les bulletins statistiques de la RRQ et du RPC, par grande pathologie, assure un maintien de la qualité de la saisie tout au long de la période.

handicaps[7] (64). L'invalidité telle que définie par la RRQ et le RPC se rapproche de la notion de handicap ou désavantage proposée par l'OMS[8].

1.2 Méthode d'analyse

L'analyse porte principalement sur les données de la RRQ qui contiennent des informations plus exhaustives. Ceci nous a permis de poursuivre une étude plus fine de l'évolution de l'invalidité[9].

La création des banques de la RRQ et du RPC étant relativement récente en rapport avec la durée de l'invalidité, nous avons calculé des incidences. **En effet, seul le calcul d'incidences permet d'apprécier l'ampleur réelle de la hausse de l'invalidité dans ces conditions**[10].

L'analyse concerne la population adulte de 25 à 64 ans puisque les critères d'admissibilité au programme conduisent à exclure la plupart des actifs de moins de 25 ans.

1.2.1 Le choix de la population de référence pour le calcul de l'incidence de l'invalidité

Nous avons choisi la population admissible comme dénominateur pour estimer le risque de reconnaissance de l'invalidité. **Il s'agit du dénominateur qui minimise le moins le risque en début de période.** En effet, en 1970 tous les admissibles sont actifs alors qu'une bonne part des actifs ne sont pas admissibles tandis qu'en 1982 la plupart des actifs de 25 à 64 ans sont admissibles et seule une petite fraction des admissibles n'est plus active[11].

Pour calculer l'incidence annuelle de l'invalidité reconnue par la RRQ ou par le RPC, on peut rapporter le nombre de nouveaux bénéficiaires de l'année à différentes populations:

— la popuiation totale du même âge;
— la population active;
— la population cotisante;
— la population admissible.

En fait, le risque d'être reconnu invalide ne concerne en théorie que la population qui est à la fois active et admissible. Mais cette population est inconnue.

En 1970, lorsque le programme de compensation de l'invalidité démarre effectivement, la population admissible est nettement plus faible que la population active. Cela s'explique, au Québec par exemple, par le fait que 66 % seulement

7. La déficience est définie comme une perte d'une fonction ou d'une structure psychique, physiologique ou anatomique.
   L'incapacité est une restriction ou une perte résultant d'une déficience de capacité à réaliser une activité de façon jugée normale.
   Le handicap est un désavantage pour un individu donné, résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui le limite ou l'empêche de remplir ses rôles normaux (compte tenu de son sexe, de son âge, des facteurs sociaux et culturels) OMS 1984, réf. 64 pp. 52-53.

8. Il demeure néanmoins possible que des individus reconnus invalides par les médecins de la RRQ n'aient pas été reconnus incapables de travailler par des physiothérapeutes ou des ergonomes après observation en situation ou recours à des orthèses et prothèses tel que le recommande l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ). Mais il serait injuste de reprocher à la RRQ de ne pas avoir appliqué, en 1970, des recommandations faites dans les années 80.

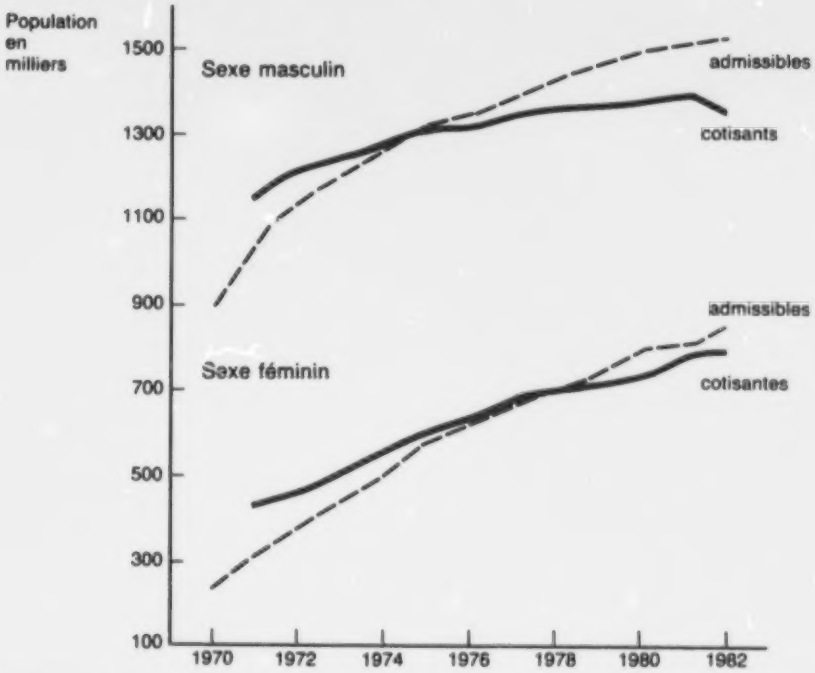
9. Une des raisons du choix de la banque de la RRQ est qu'elle permet d'étudier les disparités sociales portant sur l'invalidité reconnue. Cette étude est actuellement en cours.

10. La prévalence dépendant à la fois de l'incidence et de la durée du phénomène étudié.

11. Le choix de la population active comme dénominateur minimise le risque d'invalidité, en début de période, puisqu'alors la population active est plus grande que la population admissible. Le choix de la population admissible minimise le risque en fin de période puisqu'alors la population admissible est plus grande que la population active pour les hommes et de taille identique pour les femmes. Une augmentation du risque, au cours de la période, calculée à partir de la population active pourrait s'expliquer en partie par la minimisation du risque en début de période. Alors qu'une augmentation du risque, calculée à partir de la population admissible, ne peut pas s'expliquer par la minimisation du risque en fin de période.

Graphique A

Évolution de la population cotisante* et de la population admissible à la rente d'invalidité de la RRQ, par sexe de 1970 à 1982.



* Population cotisante = environ 99 % de la population ayant eu un revenu du travail à un moment de l'année. Cette population est plus grande que la population active moyenne de l'année.

des hommes et 44 % des femmes qui ont commencé à cotiser en 1966 sont devenus admissibles en 1970[12]. L'écart se réduit les années suivantes et à partir de 1976, la population active et la population admissible sont numériquement très proches. La population admissible au 31 décembre, devient au Québec plus grande que la population active à partir de 1976 pour le sexe masculin et de 1980 pour le sexe féminin.

1.2.2 Évaluation annuelle du risque

L'incidence de l'invalidité reconnue (IIR) a été calculée de 1972 à 1982 en rapportant les cas incidents d'une année à la population admissible au 31 décembre.

12. L'interruption d'activité fréquente, en rapport avec la maternité, conduit les femmes à mettre en moyenne plus de temps pour devenir admissibles.

Pour donner une dimension annuelle au risque calculé, il nous faudrait rapporter les cas incidents à la population moyenne ayant été admissible tout au long de l'année. Or on ne connaît la population admissible qu'au 31 décembre de chaque année. Toutefois, le seuil de revenu fixé pour cotiser à la RRQ ou au RPC est tellement bas qu'on peut penser que la plupart des individus devenus admissibles en cours d'année, le sont devenus dès janvier ou février. C'est pourquoi nous avons retenu comme dénominateur la population admissible au 31 décembre de l'année. Cela constitue sûrement une meilleure estimation de la population moyenne que la simple moyenne arithmétique des populations admissibles à deux 31 décembre successifs[13].

Si on excepte 1970 et 1971, le choix de telle ou telle population admissible ne modifie presque pas la valeur du risque estimé. C'est pourquoi l'étude porte sur la période 1972-1982.

1.2.3 Regroupements par origine pathologique

L'origine pathologique a été regroupée en 7 grands chapitres qui expliquent plus de 90 % des cas incidents tout au long de la période. Ces regroupements permettent des comparaisons dans le temps malgré les modifications de codage entre la CIM 8 et la CIM 9[14]. Ce sont:

- les tumeurs: CIM 9, 140-239;
- les troubles mentaux: 290-319;
- les maladies des yeux et des organes des sens: 320-389;
- les maladies de l'appareil circulatoire: 390-459;
- les maladies de l'appareil respiratoire: 460-519;
- les maladies du système ostéo-articulaire des muscles et du tissu conjonctif: 710-739;
- les liaisons traumatiques et empoisonnements: 800-999.

1.2.4 Regroupements par niveau de mobilité

Les niveaux de mobilité, lors de l'attribution de la rente d'invalidité, ont été regroupés en trois groupes:

- les sujets confinés à domicile ou vivant en institution;
- les sujets ayant besoin d'aide pour sortir, aide matérielle ou humaine;
- les sujets se déplaçant sans aucune aide.

Les populations vivant en institution et confinées à domicile ont été fusionnées afin d'éviter que des modifications de la politique d'institutionnalisation ou une éventuelle pénurie de lits ne biaisent nos résultats.

1.2.5 Standardisations et comparaisons

L'incidence de l'invalidité reconnue (IIR) a été calculée pour chaque sexe, par groupe d'âge quinquennal et par origine pathologique ou par niveau de mobilité. Nous avons calculé des IIR standardisées par âge afin de comparer l'IIR dans le temps et pour comparer la situation du Québec à celle du reste du Canada. Pour comparer l'IIR dans le temps, nous avons calculé des IIR standardisées par âge pour chacune des origines pathologiques et pour chacun des niveaux de mobilité.

---

13. Le choix de la population au 31 décembre comme estimateur de la population moyenne de l'année est juste si l'accroissement de la population a lieu le 1er janvier. Le choix de la moyenne arithmétique des populations à deux 31 décembre successifs est juste si l'accroissement de la population est constant au cours de l'année. L'accroissement de la population admissible se produisant essentiellement en début d'année, nous avons retenu la première solution qui apparaît être la meilleure estimation si l'on veut éviter de recourir à des pondérations difficiles à justifier.
14. Classification internationnale des maladies
    8e version: OMS, Genève, 1971
    9e version: OMS, Genève, 1977

La population type utilisée pour chacun des deux sexes est celle du Canada au recensement de 1981 (population active de 25 à 64 ans, 2 sexes réunis du Canada en 1981). **Cela permet de comparer les sexes entre eux.** La comparaison entre le Québec et le reste du Canada a été effectuée avec des IIR standardisées par âge pour chacun des sexes et pour chacune des origines pathologiques disponibles.

1.2.6 Établissement des relations avec les facteurs socio-économiques

Avant de chercher à établir des relations entre l'évolution de l'invalidité reconnue et l'évolution de la mortalité, nous avons voulu nous assurer qu'il n'y avait pas de relation étroite entre l'évolution de l'invalidité et l'évolution des facteurs socio-économiques incriminés[15]. Nous avons comparé l'évolution de l'IIR avec celles du taux d'activité et du taux de chômage (39-40) et avec celle du nombre de demandes d'invalidité adressées à la RRQ[16]. **Nous avons fait porter la comparaison sur les variations annuelles afin d'éviter d'établir des liaisons artificielles dans le temps.** Pour tenir compte d'un délai possible entre le moment où la demande d'invalidité est faite et le moment où l'invalidité est reconnue, nous avons effectué plusieurs comparaisons en décalant plus ou moins dans le temps les séries statistiques.

1.2.7 Établissement des relations avec la chute de la mortalité

Pour établir des relations entre l'IIR et l'évolution de la mortalité, nous avons utilisé les données de mortalité générales du Québec disponibles de 1972 à 1982 et les données de mortalité spécifiques disponibles en 1970-1972 et en 1979-1980, pour les principales causes de décès[17].

Nous avons standardisé par âge les taux de mortalité toutes causes et les taux de mortalité spécifiques en utilisant la même population de référence que celle utilisée dans le calcul des IIR comparatives. Nous avons comparé les variations annuelles du taux de mortalité toutes causes et de l'incidence de l'invalidité pour chacun des sexes de 1972 à 1982. Nous avons ensuite comparé l'évolution de la mortalité et de l'invalidité, de 1970-1972 à 1979-1980, pour les différentes causes de mortalité spécifiques disponibles.

15. Ainsi, bien que directement liés à l'invalidité, les métiers exercés par les individus n'ont pas été pris en considération dans l'analyse, car ils n'agissent pas directement sur la hausse de la reconnaissance de l'invalidité. Les liaisons entre l'incidence de l'invalidité reconnue et le dernier métier occupé font l'objet d'une étude en cours pour les années 1980-1982.
16. Données non publiées de la RRQ.
17. Données du CASF élaborées à partir des statistiques de décès du BSQ à l'occasion du travail de L. Roy, «Des victoires sur la mort», *op. cit.*(1).

2. Résultats

2.1 Incidence de l'invalidité au Québec entre 1972 et 1982

2.1.1 Incidence brute

Entre 1972 et 1982, le nombre d'invalides reconnus annuellement par la RRQ est multiplié par près de 3 pour le sexe masculin et par près de 4 pour le sexe féminin (Tableau 1) On trouvera en Annexe 2 les principaux effectifs. Parmi la population totale de 25 à 64 ans, l'incidence de l'invalidité passe, au cours de cette période, de 20,0 à 46,2 pour 10 000 pour le sexe masculin et de 3,5 à 11,3 pour le sexe féminin, soit un doublement du taux d'invalidité dans la population masculine et un triplement dans la population féminine.

Tableau 1

Incidence de l'invalidité reconnue de 25 à 64 ans par sexe, au Québec entre 1972 et 1982, selon différentes populations de référence

							Variation	
	1972	1974	1976	1978	1980	1982	1982/ 1972	1982/ 1976
Sexe masculin								
Cas incidents	2 723	3 548	5 016	4 976	5 596	7 444	2,7	1,5
Incidence pour 10 000 parmi								
la population totale	20,0	25,1	34,2	32,8	35,5	46,2	2,3	1,4
la population active	22,3*	27,7*	38,7	37,2	40,5	53,2	2,4	1,4
la population cotisante	23,2	28,3	38,7	37,1	41,2	55,1	2,4	1,4
la population admissible								
— au 1er janvier	25,9	29,4	37,9	36,0	38,5	49,4	1,9	1,3
— au 31 décembre (IIR)	23,9	28,0	37,2	35,1	37,7	48,6	2,0	1,3
Sexe féminin								
Cas incidents	486	707	1 051	1 156	1 357	1 877	3,9	1,8
Incidence pour 10 000 parmi								
la population totale	3,5	4,9	7,0	7,4	8,4	11,3	3,2	1,6
la population active	10,1*	12,7*	16,8	16,4	17,3	22,5	2,2	1,3
la population cotisante	10,7	12,8	16,8	16,6	18,4	24,1	2,3	1,4
la population admissible								
— au 1er janvier	15,9	16,1	18,4	17,8	18,2	23,0	1,5	1,3
— au 31 décembre (IIR)	13,0	14,0	17,3	16,6	17,1	22,0	1,7	1,3

*Estimation

CASF-86.1

Le Tableau 1 montre que le risque d'être reconnu invalide pour la population exposée, estimé de différentes façons[18], double bien pour le sexe masculin mais augmente de 50 à 100% pour le sexe féminin. **Une bonne part de la hausse de l'invalidité constatée dans la population féminine s'explique par l'accroissement du taux d'activité.**

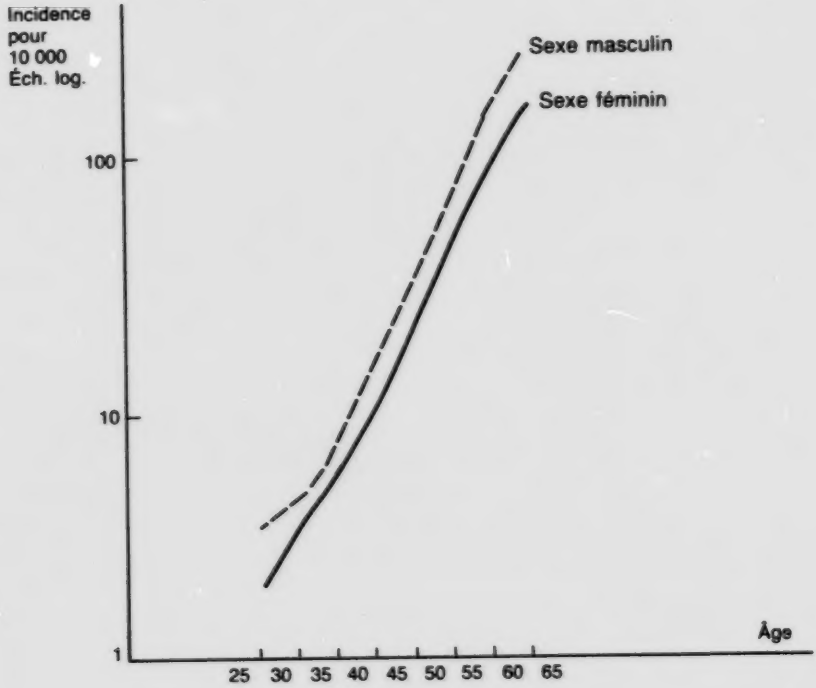
2.1.2 *Incidence standardisée*

Dans la suite de l'analyse nous utilisons uniquement l'incidence parmi la population admissible au 31 décembre (IIR).

La variation de l'IIR de 1972 à 1982 peut être due à une modification de la structure par âge. En effet, le graphique 1 montre que **l'IIR croît de façon exponentielle avec l'âge.**

Graphique 1

Incidence de l'invalidité reconnue selon l'âge et le sexe, Québec 1982



18. Population active, cotisante ou admissible.

Toutefois le calcul de l'incidence standardisée par âge montre que le risque d'être reconnu invalide pour la population admissible de chacun des 2 sexes double entre 1972 et 1982. Le Tableau 2 montre que l'IIR standardisée passe de 20,4 à 41,4 pour le sexe masculin et de 12,9 à 25,0 pour le sexe féminin[19].

Tableau 2

Incidence comparative de l'invalidité reconnue au Québec de 1972 à 1982 selon le sexe

Standardisation par âge*, incidence pour 10 000

	Incidence pour 10 000		
Année	Sexe masculin	Sexe féminin	Sexe/Ratio
1972	20,4	12,9	1,6
1973	22,7	12,0	1,9
1974	23,6	14,5	1,6
1975	25,6	17,1	1,5
1976	31,4	18,5	1,7
1977	30,8	17,5	1,8
1978	29,8	18,3	1,6
1979	30,7	18,9	1,6
1980	32,4	19,3	1,7
1981	35,5	23,4	1,5
1982	41,4	25,0	1,7

CASF-86.2

* Population type: population active de 25 à 64 ans, 2 sexes réunis du Canada au recensement de 1981.

19 Alors que les données publiées par la RRQ montrent que les cas prévalents ont été multipliés par 6 pour les hommes et par 10 pour les femmes au cours de la période.

Le Tableau 3 confirme que le risque d'invalidité double pour chaque groupe d'âge masculin tandis que pour le sexe féminin, l'augmentation de 1972 à 1982 varie sensiblement d'une classe d'âge à l'autre.

Tableau 3

Incidence de l'invalidité reconnue en 1972 et en 1982 au Québec selon le sexe et l'âge, incidence pour 10 000

	Sexe masculin			Sexe féminin		
Âge	1972	1982	1982/ 1972	1972	1982	1982/ 1972
25 - 29 ans	1,6	3,5	2,2	0,4	2,0	5,0
30 - 34 ans	2,1	4,3	2,0	2,4	3,6	1,5
35 - 39 ans	4,2	7,8	1,9	4,2	5,7	1,4
40 - 44 ans	7,5	16,4	2,2	5,0	9,9	2,0
45 - 49 ans	15,5	33,2	2,1	8,7	21,1	2,4
50 - 54 ans	36,1	67,8	1,9	20,6	45,8	2,2
55 - 59 ans	80,3	153,7	1,9	53,9	87,1	1,6
60 - 64 ans	118,2	262,1	2,2	70,7	149,3	2,1
Ensemble	23,9	49,2*	2,1	13,0	25,7**	2,0

CASF-86.3

* Standardisé par âge selon l'âge de la population masculine admissible en 1972.

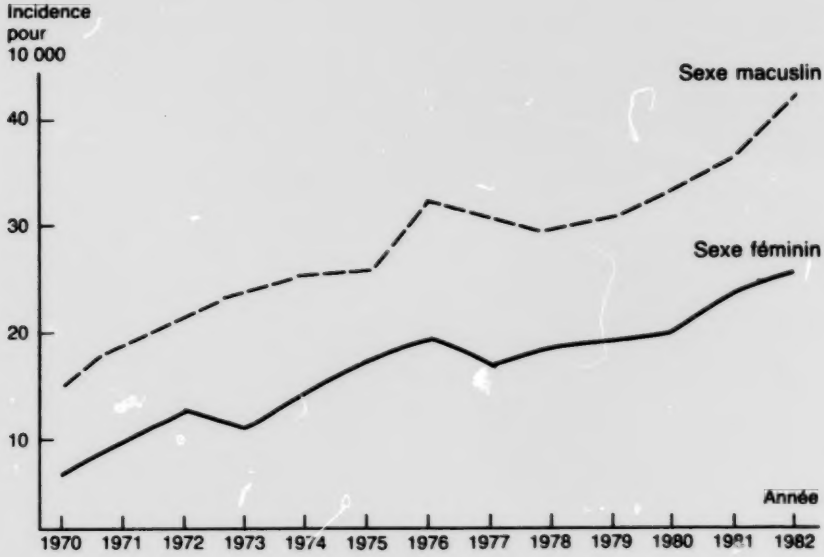
** Stantdardisé par âge selon l'âge de la population féminine admissible en 1972. Les incidences totales ici calculées ne sont pas comparables d'un sexe à l'autre.

Les graphiques 2 et 3 montrent que l'augmentation de l'IIR n'a été régulière pour l'ensemble de la période. De 1976 à 1980, on note un plateau très net pour l'incidence comparative et pour chacun des groupes d'âge masculins.

Graphique 2

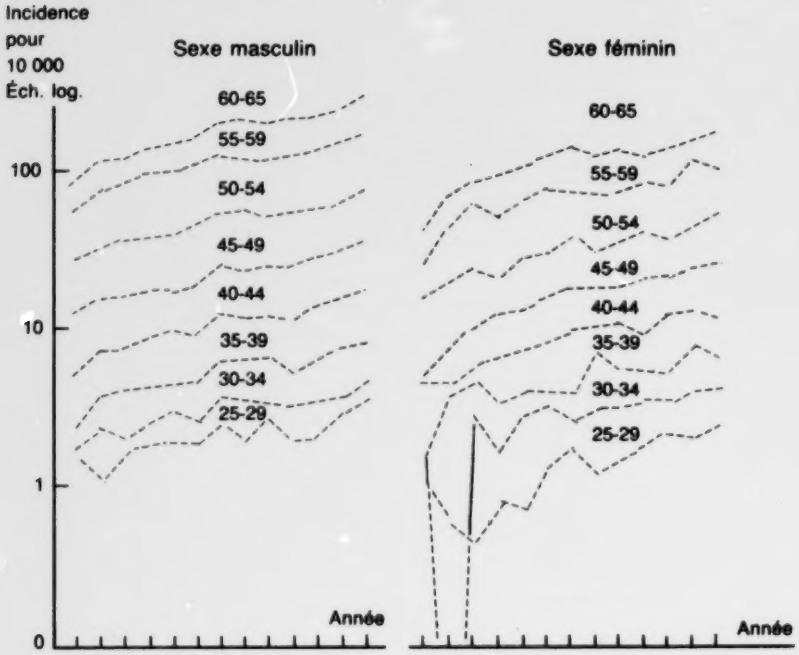
Incidence comparative de l'invalidité reconnue au Québec de 1970 à 1982 selon le sexe

Incidence pour 10 000



Graphique 3

Incidence de l'invalidité reconnue au Québec de 1970 à 1982, selon le sexe et le groupe d'âge



2.1.3 Sexe et âge des nouveaux invalides

En 1972, 1 invalide reconnu sur 7 est une femme et en 1982, 1 sur 5. En fait, **le calcul du sexe-ratio effectué à partir des incidences comparatives montre que le risque relatif attaché au sexe masculin reste constant tout au long de la période** pour la population admissible (Tableau 2).

La structure par âge des nouveaux invalides dépend à la fois de l'IIR par âge et de la structure par âge de la population exposée au risque. Le Tableau et le Graphique 4 montrent que globalement **il n'y a pas eu de changement dans la structure par âge des cas incidents.** Environ 80 % des cas ont plus de 50 ans. 40 % des hommes et 35 % des femmes ont plus de 60 ans. Par contre, la proportion des cas ayant moins de 40 ans est nettement plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Ceci s'explique par la structure par âge de la population active féminine.

Tableau 4

Structure par âge des nouveaux invalides reconnus au Québec en 1972, 1976 et 1982 selon le sexe, en pourcentage

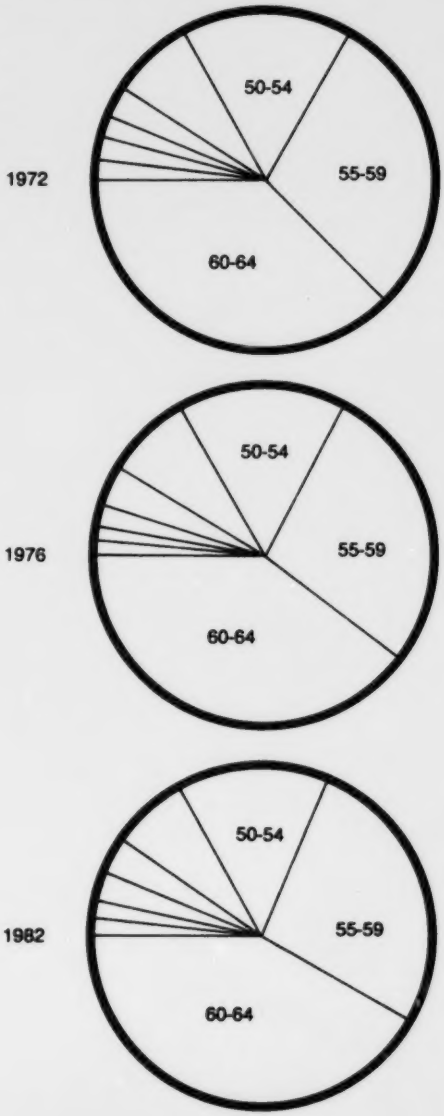
	Sexe masculin			Sexe féminin		
Âge	**1972**	**1976**	**1982**	**1972**	**1976**	**1982**
25 – 29 ans	1,21	1,16	1,29	0,82	2,38	2,34
30 – 34 ans	1,32	1,69	1,53	2,67	2,57	3,30
35 – 39 ans	2,35	2,27	2,51	3,50	2,19	3,89
40 – 44 ans	4,30	4,03	4,11	4,53	8,95	4,90
45 – 49 ans	8,19	7,93	7,00	7,61	9,42	8,47
50 – 54 ans	16,05	15,01	14,08	15,64	16,56	17,10
55 – 59 ans	28,98	27,79	27,34	31,69	24,26	25,09
60 – 64 ans	37,61	40,11	42,14	33,54	37,68	34,90
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
< 40 ans	4,88	5,12	5,33	6,99	7,14	9,53
> 50 ans	82,64	82,91	83,56	80,87	78,50	77,09
Âge moyen	56,3	56,5	56,7	55,1	54,4	53,9

CASF-86.4

Graphique 4

Structure par âge des nouveaux invalides reconnus au Québec, selon le sexe en 1972, 1976 et 1982

Sexe masculin



Graphique 4 (suite)

Structure par âge des nouveaux invalides reconnus au Québec, selon le sexe en 1972, 1976 et 1982

Sexe féminin

2.2 Origine pathologique de l'invalidité reconnue

2.2.1 Évolution de l'importance relative des origines pathologiques

En 1972, les maladies de l'appareil circulatoire dominent le tableau avec une part de 44 % chez les hommes et de 33 % chez les femmes. Les tumeurs expliquent 15 à 20 % de l'origine de l'invalidité pour chacun des sexes. La troisième cause par ordre d'importance concerne les maladies respiratoires pour les hommes (11 %) et les troubles mentaux chez les femmes (13 %), (Tableau et Graphique 5).

Tableau 5

Répartition en pourcentage des nouveaux invalides reconnus selon l'origine pathologique par sexe au Québec en 1972, 1976 et 1982

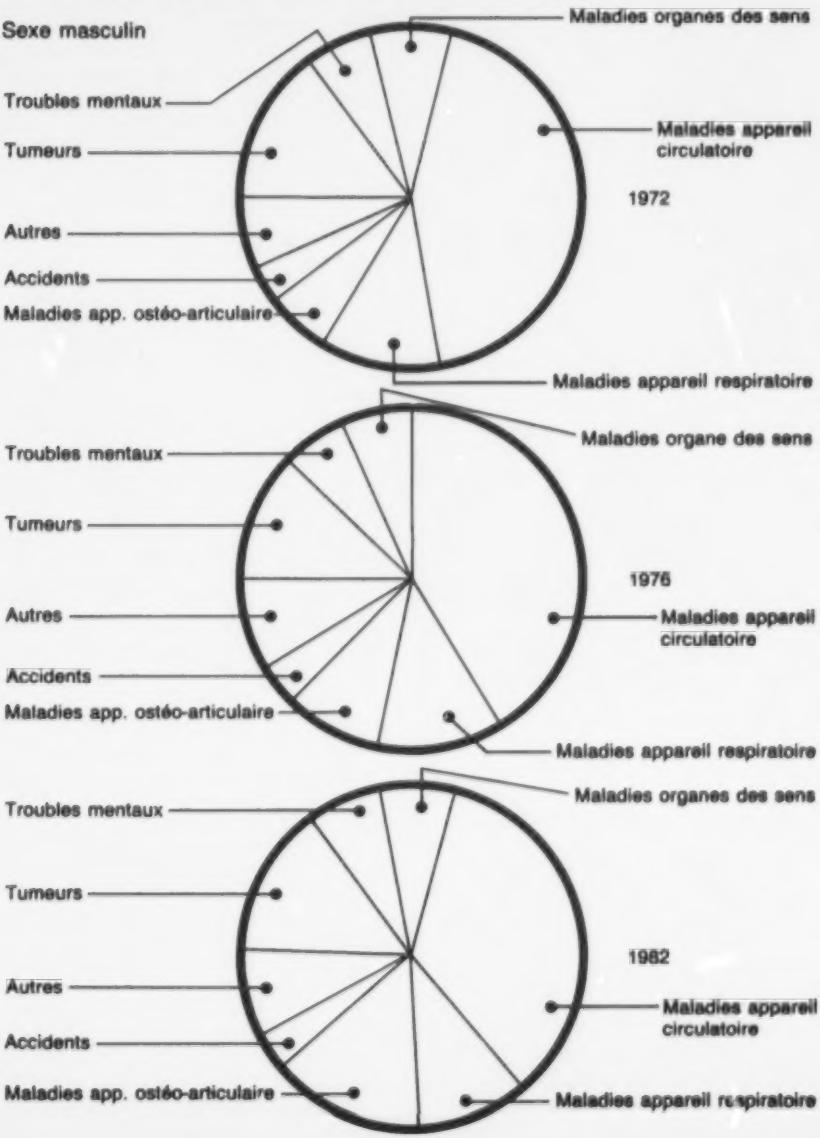
Origine pathologique	Sexe masculin			Sexe féminin		
	1972	1976	1982	1972	1976	1982
Tumeurs	14,91	12,12	15,23	19,55	17,32	17,00
Troubles mentaux	6,87	5,70	6,72	12,76	9,23	11,93
Maladies des yeux et org. des sens	6,83	7,00	7,12	9,47	9,90	8,63
Maladies app. circulatoire	44,25	41,81	35,56	33,13	30,35	22,80
Maladies app. respiratoire	10,72	11,72	9,69	3,91	5,23	4,37
Maladies app. ostéo-artic.	6,54	8,91	14,40	10,29	14,18	22,96
Accidents	3,05	4,01	3,55	2,47	3,14	2,61
Autres	6,83	8,73	7,74	8,44	10,66	9,70
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

CASF-86.5

En 1982, l'origine pathologique de l'invalidité s'est profondément modifiée. La part des maladies de l'appareil circulatoire s'est effondrée tandis que la part des maladies ostéo-articulaires doublait. Pour le sexe masculin, les maladies de l'appareil circulatoire n'expliquent plus que 36 % de l'invalidité. Les tumeurs et les maladies ostéo-articulaires expliquent chacune environ 15 % de l'invalidité. Pour le sexe féminin, les maladies circulatoires et les maladies ostéo-articulaires expliquent à égalité 23 % de l'invalidité (Tableau et Graphique 5).

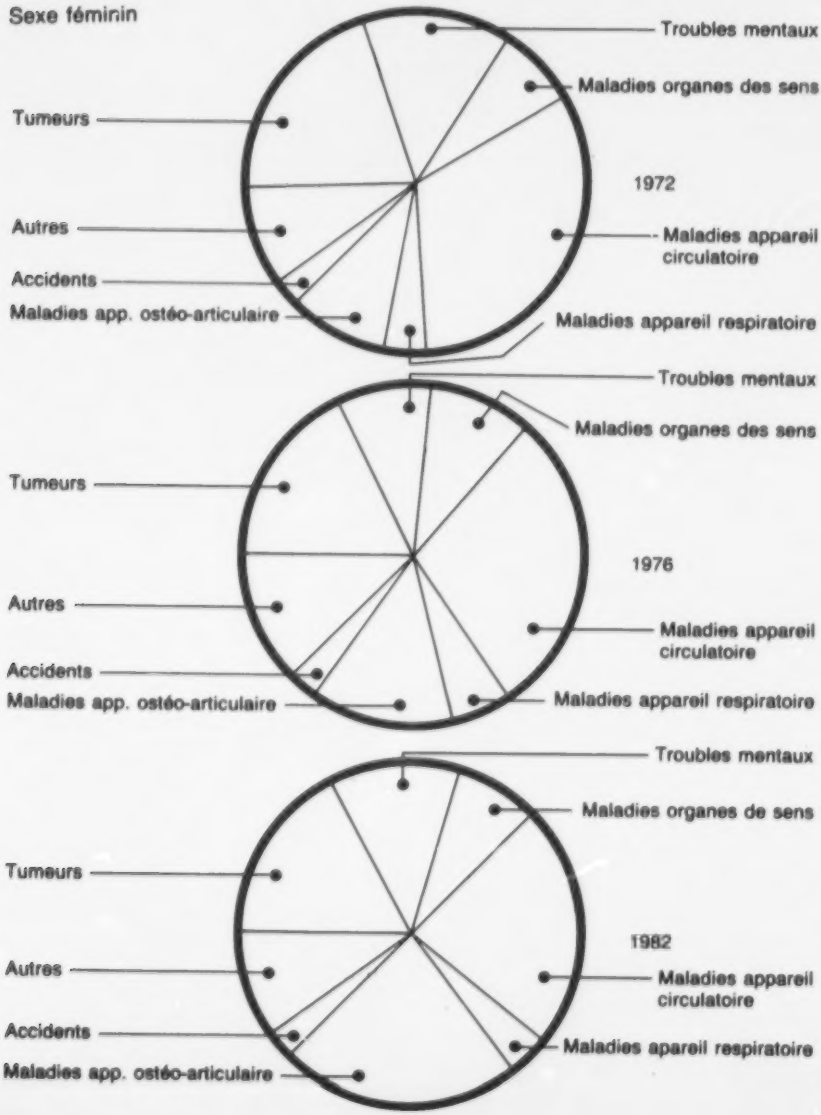
Graphique 5

Répartition par origine pathologique des nouveaux invalides reconnus au Québec en 1972, 1976 et 1982



Graphique 5 (suite)

Répartition par origine pathologique des nouveaux invalides reconnus au Québec en 1972, 1976 et 1982



2.2.2 Évolution de l'incidence de l'invalidité reconnue selon les différentes origines pathologiques

Entre 1972 et 1982, l'incidence de l'invalidité augmente pour toutes les causes (Tableau 6). Toutefois, **on remarque une croissance de l'incidence relativement plus faible pour les maladies de l'appareil circulatoire. Tandis que l'incidence pour les maladies ostéo-articulaires quadruple.**

Tableau 6

Incidence comparative de l'invalidité reconnue au Québec en 1972 et en 1982 selon le sexe et l'origine pathologique

Standardisation par âge, incidence pour 10 000

	Sexe masculin			Sexe féminin		
			Variation			Variation
Origine pathologique	1972	1982	1982/ 1972	1972	1982	1982/ 1972
Tumeurs	3,1	6,5	2,1	2,5	4,3	1,7
Troubles mentaux	1,5	2,9	1,9	1,7	3,0	1,8
Maladies des yeux et org. des sens	1,5	3,1	2,1	1,3	2,1	1,6
Maladies app. circulatoire	8,9	14,6	1,6	4,2	5,8	1,4
Maladies app. respiratoire	2,1	3,8	1,8	0,5	1,1	2,2
Maladies app. ostéo-artic.	1,3	5,8	4,5	1,3	5,8	4,5
Accidents	0,7	1,5	2,1	0,3	0,6	2,0

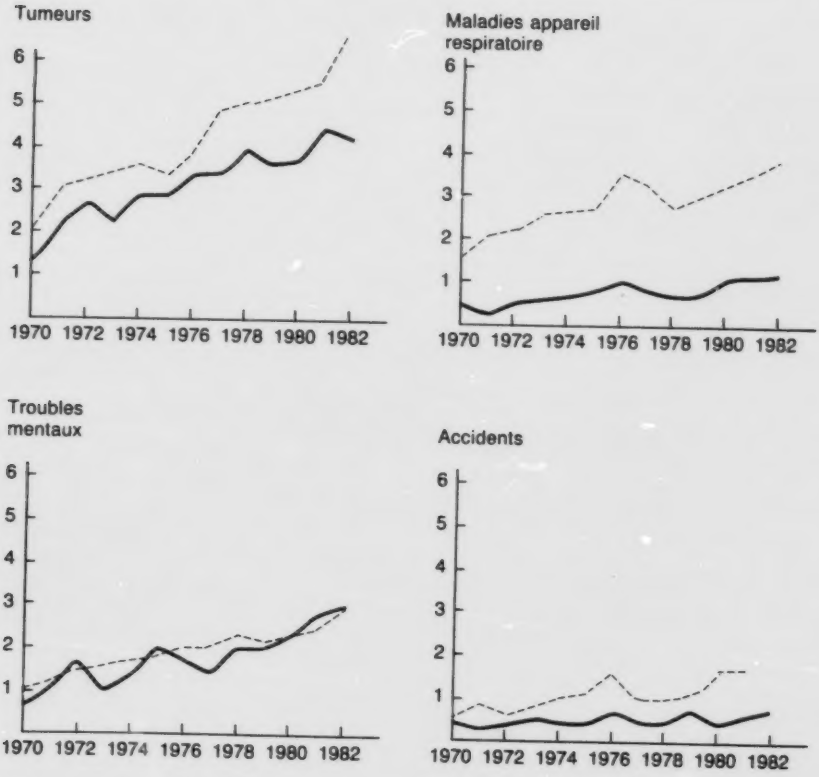
CASF-86.6

Sur les courbes de l'IIR comparative par pathologie (Graphique 6), on ne retrouve pas le plateau de 1976 à 1980 observé sur les courbes toutes origines figurant aux Graphiques 2 et 3. Par contre, on observe sur plusieurs courbes un pic pour l'année 1976.

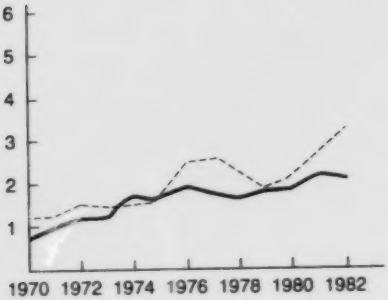
Graphique 6

Incidence comparative de l'invalidité reconnue au Québec selon le sexe et l'origine pathologique, standardisation par âge

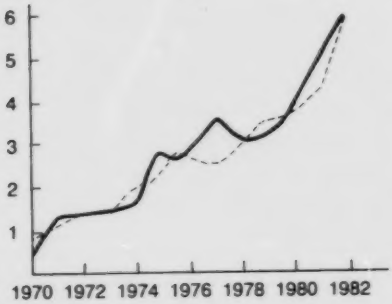
Incidence pour 10 000 de 1970 à 1982



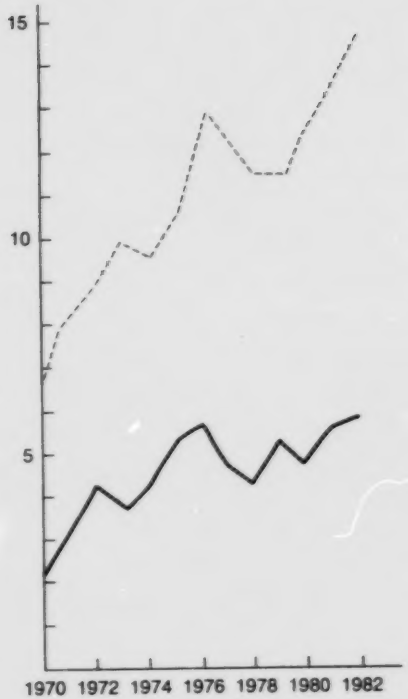
Maladies des yeux
et org. des sens



Maladies appareil
ostéo-articulaire



Maladies appareil
circulatoire



2.2.3 Différences dans l'origine de l'invalidité selon les sexes

Pour trois causes d'invalidité, **les maladies ostéo-articulaires, les troubles mentaux et les maladies des organes des sens, l'IIR varie peu ou pas entre les sexes** (Graphique 6). Par contre, l'IIR masculine est environ 1,4 fois plus élevée pour les tumeurs, 2,4 fois pour les maladies de l'appareil circulatoire et les accidents et 3,7 fois pour les maladies de l'appareil respiratoire. Compte tenu de leur part relative dans l'origine de l'invalidité, **les maladies de l'appareil circulatoire expliquent environ 50 % de la surinvalidité masculine.**

2.2.4 Différences dans l'origine de l'invalidité selon les groupes d'âge

L'origine de l'invalidité diffère considérablement selon la classe d'âge. En 1981-1983, **les principales causes d'invalidité pour les jeunes sont les tumeurs, les maladies des organes des sens et les troubles mentaux,** ainsi que les accidents pour le sexe masculin. À l'opposé, **pour les tranches d'âge plus élevées, les maladies circulatoires et ostéo-articulaires constituent les principales causes d'invalidité.** À 60-64 ans, la part des tumeurs reste élevée et on note l'importance de l'origine respiratoire dans l'invalidité masculine (Tableau 7).

Tableau 7

Répartition en pourcentage des nouveaux invalides reconnus au Québec selon l'origine pathologique par sexe et âge, période 1971-1973 et 1981-1983

Âge / Origine pathologique	25 – 39 ans		40 – 49 ans		50 – 54 ans		55 – 59 ans		60 – 64 ans	
	1971-1973	1981-1983	1971-1973	1981-1983	1971-1973	1981-1983	1971-1973	1981-1983	1971-1973	1981 1983
Sexe masculin										
Tumeurs	19,6	19,4	20,4	19,7	17,2	19,3	13,1	17,4	12,3	12,0
Troubles mentaux	15,3	14,0	8,8	10,5	7,6	7,4	5,8	5,9	4,2	4,5
Maladies des yeux et org. sens	15,8	19,9	11,2	10,7	6,2	7,0	5,7	5,9	3,7	4,9
Maladies app. circulatoire	16,6	14,1	32,7	29,9	43,3	37,0	48,4	38,8	48,1	39,2
Maladies app. respiratoire	3,0	0,8	4,1	4,1	7,5	6,8	12,9	10,2	14,4	12,8
Maladies app. ostéo-articul.	3,0	7,6	5,3	11,2	7,1	11,2	6,5	12,3	7,3	16,5
Accidents	16,6	14,3	7,0	4,5	3,2	3,0	1,8	2,5	1,8	3,0
Sexe féminin										
Tumeurs	16,9	22,5	26,6	25,8	25,1	21,3	19,3	16,5	14,4	13,0
Troubles mentaux	10,8	15,3	13,6	14,9	12,8	13,8	11,1	11,6	8,6	8,1
Maladies des yeux et org. sens	31,3	28,0	12,4	14,2	9,4	6,6	—	6,0	5,4	6,1
Maladies app. circulatoire	16,9	8,6	15,3	16,5	28,6	24,5	34,2	24,9	42,0	30,2
Maladies app. respiratoire	—	2,0	3,4	3,1	2,0	3,1	5,1	7,6	5,0	5,7
Maladies app. ostéo-articul.	6,0	8,6	13,6	14,2	11,8	19,0	10,8	23,5	12,9	25,9
Accidents	8,4	3,5	5,1	2,0	2,5	2,0	1,8	1,6	1,9	3,0

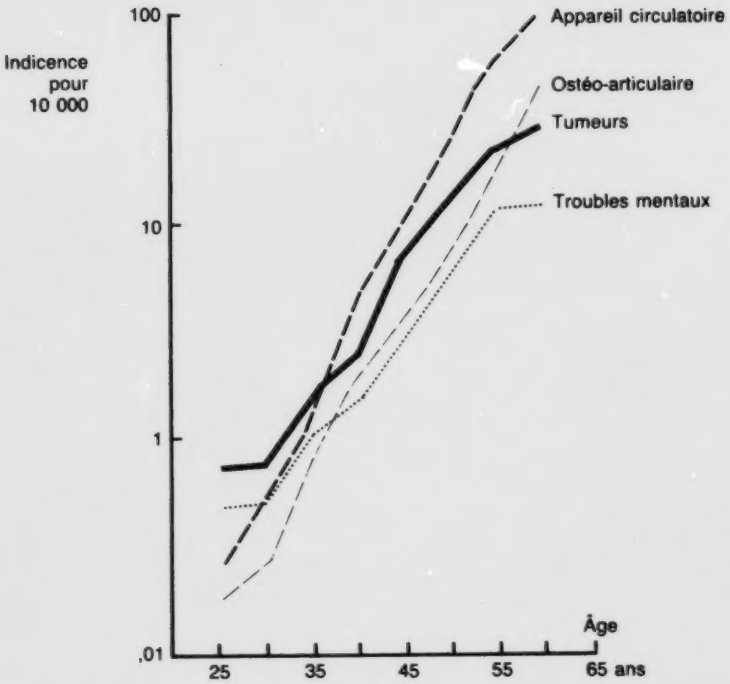
CASF-86.7

Ces différences dans l'origine de l'invalidité selon l'âge s'expliquent par l'augmentation de l'IIR avec l'âge qui diffère d'une origine pathologique à l'autre. Ainsi pour le sexe masculin l'IIR double avec l'âge environ tous les 3 ans pour l'invalidité d'origine circulatoire et double environ tous les 8 ans pour l'invalidité ayant pour origine des troubles mentaux (Graphique 7).

Graphique 7

Incidence de l'invalidité reconnue selon l'âge par origine pathologique de l'invalidité pour le sexe masculin, Québec 1982

Incidence pour 10 000



On vérifie pour la plupart des classes d'âge la diminution de la part de l'invalidité due aux maladies de l'appareil circulatoire ainsi que l'émergence relative de l'invalidité d'origine ostéo-articulaire pour la période 1972 à 1982 (Tableau 7). Dans le détail, on note une diminution de la part des accidents chez les plus jeunes et une augmentation de la part des troubles mentaux chez les jeunes femmes.

2.3 Comparaison entre le Québec et le reste du Canada

En 1982, l'incidence de l'invalidité reconnue est à peu près identique partout au Canada pour le sexe masculin. Par contre, **l'IIR est nettement moins élevée pour le sexe féminin au Québec que dans le reste du Canada.** Si bien que la surinvalidité masculine par rapport aux femmes apparaît plus grande au Québec[20].

L'analyse par âge montre que plus la classe d'âge considérée est jeune, plus les différences sont grandes entre le Québec et le reste du Canada (Tableau 8).

L'étude de l'origine pathologique montre peu de différences pour les pathologies suivantes: tumeurs, maladies mentales, sensorielles, circulatoires et respiratoires. **Par contre, on reconnaît dans le reste du Canada près de deux fois plus d'invalides pour maladies ostéo-articulaires et pour accidents[21].** En conséquence, la part des pathologies ostéo-articulaires dans l'origine de l'invalidité est encore plus grande qu'au Québec (Tableau 8).

Comme au Québec, on constate une hausse de l'IIR au cours du temps avec diminution de la part des maladies circulatoires dans l'origine de l'invalidité et hausse de la part des maladies ostéo-articulaires. On constate en outre une hausse de la part des tumeurs et des accidents et une chute de la part des maladies respiratoires. **Dans le reste du Canada, ce sont les IIR pour tumeurs et pour accidents qui augmentent le plus de 1975 à 1982. Par contre, les IIR pour maladies circulatoires et respiratoires sont celles qui augmentent le moins. On constate même une diminution de l'IIR féminine d'origine circulatoire et de l'IIR masculine d'origine respiratoire.** Par ailleurs, et contrairement au Québec, on constate un rajeunissement de la population reconnue invalide. Ceci concorde avec le fait que de 1975 à 1982, la hausse de l'IIR a été d'autant plus forte dans le reste du Canada que la classe d'âge considérée est jeune.

20. En fait c'est la sous-invalidité reconnue chez les femmes qui est plus grande au Québec que dans le reste du Canada.

21. En 1975 au RPC, la consigne était de ne pas coder les accidents en cause principale mais de coder la pathologie résultante, exemple problèmes ostéo-articulaires. En cours de période cette consigne fut mal appliquée et les accidents mentionnés de plus en plus fréquemment en cause principale.

Tableau 8

Incidence de l'invalidité reconnue dans le reste du Canada et comparaison avec le Québec

Par âge	Sexe masculin				Sexe féminin			
	IIR en 1982*	Part en %**	Indice de variation 1975-1982***	Indice de comparaison avec le Québec****	IIR en 1982*	Part en %**	Indice de variation 1975-1982***	Indice de comparaison avec le Québec****
25 – 29 ans	5,90	2,0	2,2	1,7	3,25	2,1	2,0	1,6
30 – 34 ans	7,85	2,9	1,9	1,8	4,84	2,8	2,0	1,4
35 – 39 ans	12,71	4,0	1,7	1,6	9,27	4,1	2,0	1,6
40 – 44 ans	21,06	5,1	1,5	1,3	15,65	5,3	1,5	1,6
45 – 49 ans	35,39	7,6	1,4	1,1	29,91	9,0	1,5	1,4
50 – 54 ans	68,34	14,2	1,3	1,0	55,83	15,5	1,4	1,2
55 – 59 ans	140,53	25,9	1,3	0,9	101,96	25,3	1,3	1,2
60 – 64 ans	263,43	38,3	1,3	1,0	197,27	35,9	1,2	1,3
Tous âges stand.	43,16	—	1,3	1,0	32,41	—	1,3	1,3
Par l'origine pathologique (IIR standardisée par âge)								
Tumeurs	5,62	12,9	1,7	0,9	5,11	15,4	2,1	1,2
Troubles mentaux	3,14	6,9	1,3	1,1	3,64	11,0	1,4	1,2
Syst. nerv. et org. des sens	2,44	5,5	1,2	0,8	2,07	6,3	1,4	1,0
App. circulatoire	13,39	31,9	1,1	0,9	6,20	19,6	0,9	1,1
App. respiratoire	2,48	6,1	0,9	0,7	1,14	3,6	1,1	1,0
App. ostéo-artic.	9,23	21,5	1,5	1,6	10,22	31,8	1,6	1,8
Accidents	3,53	7,6	1,8	2,4	1,33	4,1	1,6	2,1

CASF-86.8

* Incidence de l'invalidité reconnue dans le reste du Canada en 1982.
** Part en % parmi les nouveaux invalides reconnus en 1982.
*** Variation de l'IIR entre 1975 et 1982.
**** Rapport en 1982 de l'IIR pour le Québec et pour le reste du Canada. IIR reste du Canada/IIR Québec

2.4 Niveau de mobilité des invalides reconnus

2.4.1 Évolution du niveau de mobilité des invalides reconnus

En 1972, 53 % seulement des hommes et 42 % des femmes reconnus invalides vivaient à domicile et n'avaient pas de difficultés de mobilité. En 1982, près des trois quarts des individus reconnus invalides sont dans cette situation. En 1972, près du quart était confiné à domicile ou placé en institution. Ils ne sont plus que 10 % en 1982 (Tableau 9 et/ou Graphique 8).

Tableau 9

Répartition en pourcentage des nouveaux invalides reconnus selon le niveau de mobilité par sexe au Québec en 1972, 1976 et 1982

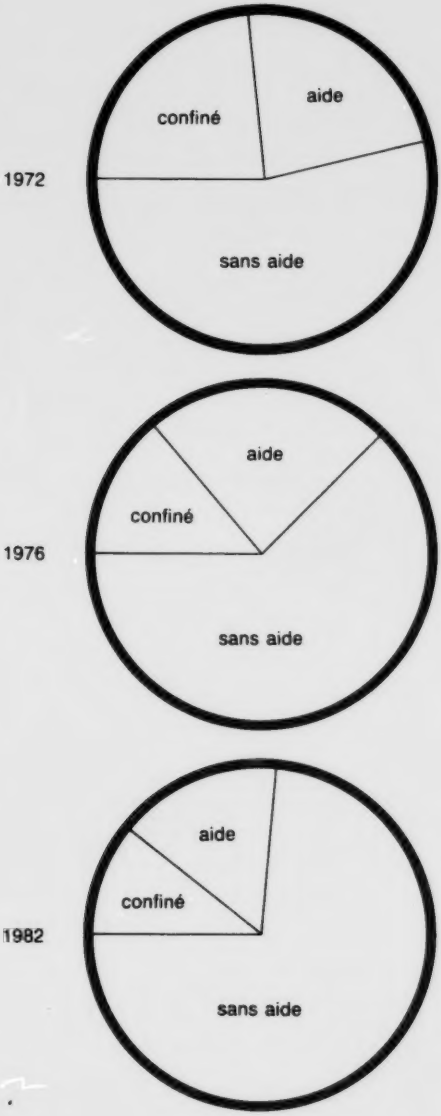
	Sexe masculin			Sexe féminin		
Niveau de mobilité	**1972**	**1976**	**1982**	**1972**	**1976**	**1982**
Mobile sans aide	53,3	62,4	74,6	42,0	58,7	71,4
Mobile avec aide	22,5	23,9	15,3	37,4	32,8	20,1
Confiné au domicile ou en institution	24,2	13,7	10,1	20,6	8,5	8,5
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

CASF-86.9

Graphique 8

Répartition selon le niveau de mobilité des nouveaux invalides reconnus au Québec en 1972, 1976 et 1982

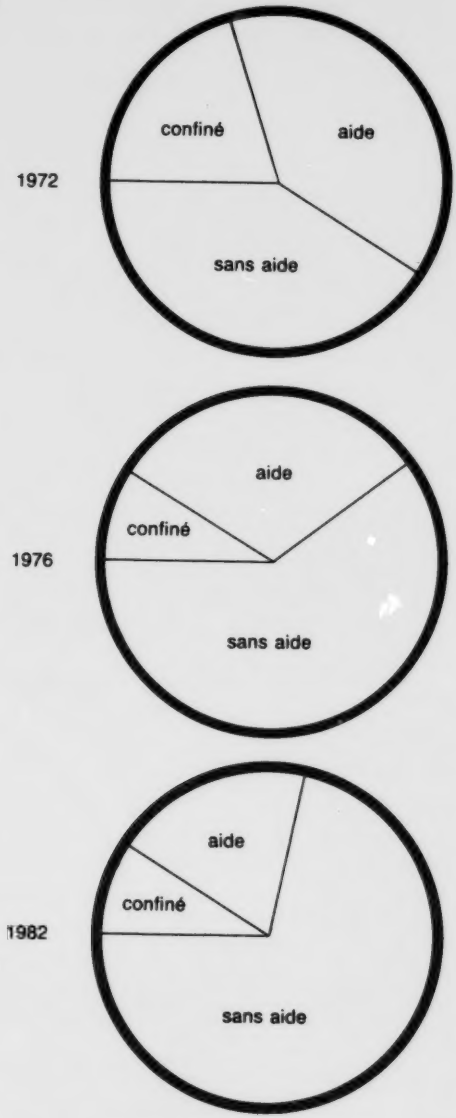
Sexe masculin



Graphique 8 (suite)

Répartition selon le niveau de mobilité des nouveaux invalides reconnus au Québec en 1972, 1976 et 1982

Sexe féminin



Comme pour l'évolution de la part des différentes origines pathologiques, l'évolution du niveau de mobilité des invalides reconnus est due à l'évolution différentielle de l'IIR. Il s'agit cette fois de l'évolution différentielle de l'IIR selon les niveaux de mobilité.

2.4.2 Évolution de l'incidence de l'invalidité reconnue selon les différents niveaux de mobilité

Le Tableau 10 et le Graphique 9 montrent que l'incidence de l'invalidité reconnue pour des individus confinés ou mobiles grâce à une aide n'a pas ou a peu varié de 1972 à 1982. Pour des individus n'ayant pas de difficultés de mobilité, l'IIR a environ triplé. **La hausse de l'invalidité reconnue chez des sujets mobiles sans aide explique la quasi-totalité de la hausse totale de l'IIR entre 1972 et 1982.**

Tableau 10

Incidence comparative de l'invalidité reconnue au Québec en 1972 et en 1982 par sexe et niveau de mobilité

Standardisation par âge, incidence pour 10 000

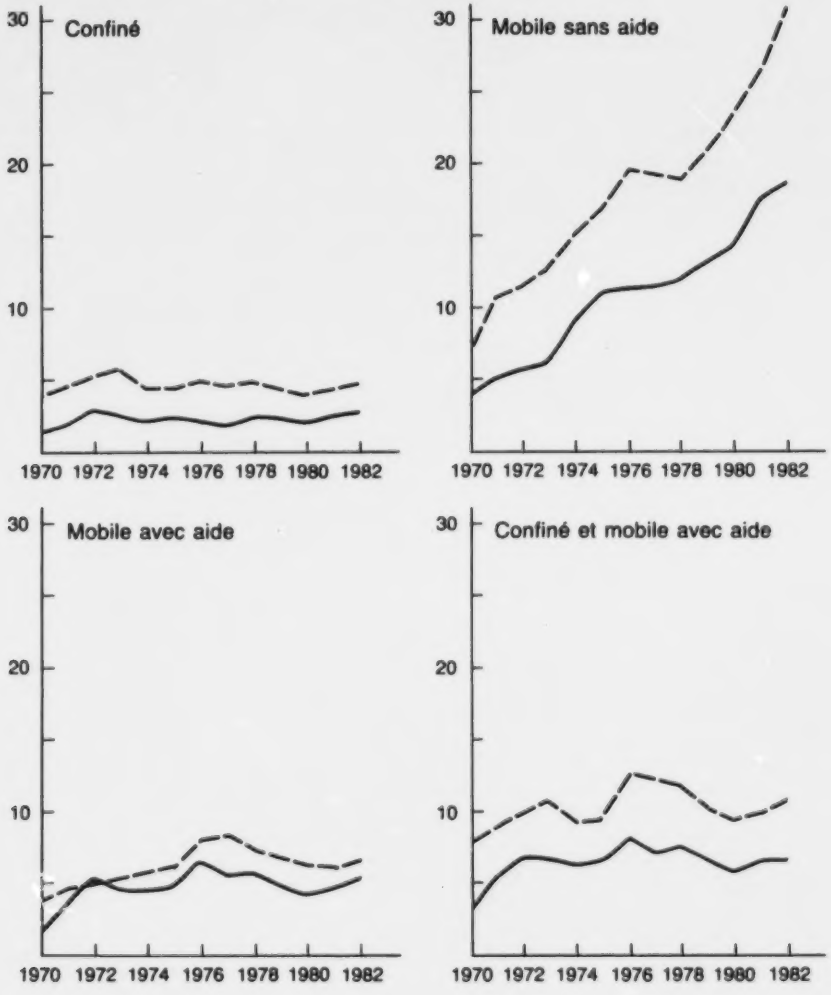
	Sexe masculin			Sexe féminin		
Niveau de mobilité	**1972**	**1982**	**Variation 1982/ 1972**	**1972**	**1982**	**Variation 1982/ 1972**
Mobile sans aide	10,75	30,52	2,8	5,33	17,89	3,4
Mobile avec aide	4,61	6,55	1,4	4,82	5,05	1,0
Confiné au domicile ou en institution	4,99	4,37	0,9	2,75	2,06	0,7
Ensemble	20,35	41,44	2,0	12,91	25,0	1,9

CASF-86.10

Graphique 9

Incidence comparative de l'invalidité reconnue au Québec selon le sexe et le niveau de mobilité, standardisation par âge

Incidence pour 10 000 de 1970 à 1982



2.4.3 Différences dans le niveau de mobilité selon les groupes d'âge

Le niveau de mobilité des invalides reconnus varie beaucoup selon l'âge. Entre 25 et 40 ans, de 50 à 60 % seulement des invalides reconnus en 1982 vivent à domicile sans difficultés de mobilité tandis que 80 % des invalides reconnus âgés de 60 à 64 ans sont dans ce cas. **D'une manière générale, on observe que plus les individus sont jeunes, plus l'invalidité reconnue est associée au placement en institution et aux difficultés de mobilité** (Tableau 11).

Tableau 11

Pourcentage des individus reconnus invalides au Québec n'ayant pas de difficultés de mobilité et vivant à domicile selon le sexe et l'âge en 1971-1973 et en 1981-1983

	Sexe masculin		Sexe féminin	
Groupes d'âge	**1971-1973**	**1981-1983**	**1971-1973**	**1981-1983**
25 – 39 ans	37	54	29	59
40 – 49 ans	45	66	38	66
50 – 54 ans	51	70	44	70
55 – 59 ans	58	75	47	75
60 – 64 ans	59	80	52	80
Ensemble	53	75	42	71

CASF-86.11

On vérifie, pour l'ensemble des groupes d'âge, l'augmentation de la part des individus n'ayant pas de difficultés de mobilité parmi les individus reconnus invalides de 1972 à 1982 (Tableau 11).

2.5 Origine pathologique et niveau de mobilité des invalides reconnus

Le niveau de mobilité des invalides diffère sensiblement selon l'origine pathologique de l'invalidité. Ainsi, parmi les invalides reconnus en 1981-1983, **les moins mobiles sont ceux dont l'invalidité a pour origine un accident, une maladie des yeux ou des organes des sens ou une tumeur.** Inversement, les plus mobiles sont ceux dont l'invalidité a pour origine une maladie de l'appareil respiratoire ou circulatoire ou des troubles mentaux (Tableau 12).

Tableau 12

Répartition en pourcentage des nouveaux invalides selon le niveau de mobilité par sexe et par pathologie. Québec, période 1971-1973 et 1981-1983.

Origine pathologique	Niveau de mobilité	Sexe masculin				Sexe féminin			
		Mobile sans aide	Mobile avec aide	Confiné au domicile	Ensemble	Mobile sans aide	Mobile avec aide	Confiné au domicile	Ensemble
Tumeurs	1971-1973	37,3	21,6	41,1	100,0	38,1	24,9	37,0	100,0
	1981-1983	61,0	11,8	27,2	100,0	65,0	16,2	18,8	100,0
Troubles mentaux	1971-1973	53,3	16,9	29,8	100,0	58,0	20,3	21,7	100,0
	1981-1983	82,1	6,4	11,5	100,0	84,9	8,2	6,9	100,0
Malaladies des yeux	1971-1973	37,8	41,7	20,5	100,0	20,0	62,3	17,7	100,0
org. des sens	1981-1983	59,4	33,6	7,0	100,0	51,2	42,0	6,8	100,0
Maladies app.	1971-1973	58,4	21,0	20,6	100,0	48,4	38,0	13,6	100,0
circulatoire	1981-1983	80,2	11,3	8,5	100,0	78,8	13,2	8,0	100,0
Maladies app.	1971-1973	72,9	14,4	12,7	100,0	81,5	13,0	5,5	100,0
respiratoire	1981-1983	91,0	6,4	2,6	100,0	91,5	6,5	2,0	100,0
Maladies app.	1971-1973	63,4	24,8	11,8	100,0	52,3	36,9	10,8	100,0
ostéo-artic.	1981-1983	74,2	23,8	2,0	100,0	73,5	25,4	1,1	100,0
Accidents	1971-1973	35,1	30,1	34,8	100,0	10,3	58,9	30,8	100,0
	1981-1983	49,7	35,3	15,0	100,0	47,6	38,6	13,8	100,0

CASF-86.12

On vérifie, entre 1971-1973 et 1981-1983, que la proportion des sujets mobiles sans aide croît considérablement parmi les invalides reconnus, quelle que soit l'origine pathologique de l'invalidité. **Ainsi en 1971-1973, 53 % seulement des hommes reconnus invalides pour troubles mentaux étaient mobiles sans aucune aide, ils sont 82 % en 1981-1983.** Bien que non standardisé par âge le Tableau 13 montre clairement que la hausse de l'invalidité reconnue entre 1972 et 1982 est essentiellement due à une augmentation de la reconnaissance de l'invalidité pour des sujets mobiles sans aide, quelle que soit l'origine de l'invalidité.

Tableau 13

Estimation de l'incidence de l'invalidité reconnue selon l'origine pathologique et le niveau de mobilité par sexe au Québec en 1972 et en 1982*

Origine pathologique	Niveau de mobilité**	Sexe masculin			Sexe féminin		
		Incidence		Variation 1982/	Incidence		Variation 1982/
		1972	1982	1972	1972	1982	1972
Tumeurs	1	1,33	4,52	3,40	0,97	2,42	2,49
	2	0,77	0,87	1,13	0,63	0,60	0,95
	3	1,47	2,02	1,37	0,94	0,70	0,74
Troubles mentaux	1	0,87	2,68	3,08	0,96	2,22	2,31
	2	0,28	0,21	0,75	0,34	0,21	0,62
	3	0,49	0,38	0,78	0,36	0,18	0,50
Maladies des yeux et org. des sens	1	0,62	2,06	3,32	0,25	0,97	3,88
	2	0,68	1,16	1,71	0,77	0,79	1,03
	3	0,34	0,24	0,71	0,22	0,13	0,59
Maladies de l'appareil circulatoire	1	6,18	13,87	2,24	2,09	3,95	1,89
	2	2,22	1,95	0,88	1,64	0,66	0,40
	3	2,18	1,47	0,67	0,59	0,40	0,68
Maladies de l'appareil respiratoire	1	1,87	4,29	2,29	0,42	0,88	2,10
	2	0,37	0,30	0,81	0,07	0,06	0,86
	3	0,33	0,12	0,36	0,03	0,02	0,67
Maladies de l'appareil ostéo-art.	1	0,99	5,19	5,24	0,70	3,70	5,29
	2	0,39	1,69	4,28	0,49	1,28	2,61
	3	0,18	0,14	0,78	0,14	0,06	0,43
Accidents	1	0,26	0,85	3,27	0,03	0,27	9,0
	2	0,22	0,61	2,77	0,19	0,22	1,16
	3	0,25	0,26	1,04	0,10	0,08	0,80

CASF-86.13

* Incidence brute de 1972 et de 1982 multipliée par la part des nouveaux invalides des différents niveaux de mobilité observés pour les périodes 1971-1973 et 1981-1983.

** 1: mobile sans aide; 2: mobile avec aide; 3: confiné au domicile ou vit en institution.

2.6 Relations entre l'évolution de l'IIR au Québec et divers facteurs socio-économiques

2.6.1 Accroissement de la demande pour l'invalidité

Les statistiques de la RRQ, portant sur le nombre de demandes pour l'attribution d'une rente d'invalidité, ne sont fiables que depuis 1977[22]. Depuis cette date, l'évolution de la demande n'est pas très claire (Tableau 14).

Tableau 14

Évolution de la demande d'invalidité à la RRQ de 1977 à 1982, 2 sexes réunis

Année	Demande pour 10 000 admissibles	Variation annuelle en %	Rapport IIR/demande
1977	47,8	—	0,63
1978	43,5	− 9,0	0,67
1979	45,0	+ 3,4	0,68
1980	43,1	− 4,3	0,71
1981	48,0	+11,6	0,71
1982	49,5	+ 3,0	0,79

CASF-86.14

Corrélation linéaire entre les variations annuelles de la demande et de l'IIR: .72 pour $y_t = ax_t + b$ et .65 pour $y_t = ax_{t-1} + b$

Il y a peu de corrélation entre les variations annuelles de la demande et les variations annuelles de l'IIR, même décalées d'une année (r = .72 et .65). **Par contre, la part des individus reconnus invalides parmi les individus ayant fait une demande, augmente au cours des dernières années.**

22. Information communiquée par le RRQ.

2.6.2. *Évolution du taux d'activité*

De 1972 à 1982, les taux d'activité des hommes adultes continuent de décroître, passant de 85 à 78 %, tandis que les taux féminins continuent à augmenter fortement passant de 32 à 43 % (40). On observe une corrélation entre les variations annuelles de l'activité masculine et les variations de l'IIR brute bien qu'elle ne soit pas très forte ($r = -.7$). Par contre, il n'y a aucune corrélation entre les variations de l'activité féminine et les variations de l'IIR brute féminine.

2.6.3 *Évolution du taux de chômage*

Pendant cette même période, la tendance est à l'augmentation du taux de chômage pour les hommes et les femmes de plus de 25 ans. Mais **il n'y a aucune corrélation entre les variations annuelles du chômage et de l'IIR brute,** même si l'on décale d'une année les séries statistiques. La hausse de l'IIR n'apparaît pas liée statistiquement à la hausse du chômage.

2.7 Relations entre l'évolution de l'invalidité reconnue et l'évolution de la mortalité

2.7.1 *Correspondance des nombres*

En prenant la population active de 25 à 64 ans du Canada en 1981 comme population de référence et l'évolution de la mortalité et de l'invalidité au Québec entre 1970-1971 et 1979-1980, on aboutit à une diminution de 45 décès et à une augmentation de 41 invalides d'origine circulatoire pour 100 000 hommes actifs. La correspondance des nombres est intrigante mais on ne la retrouve pas pour les autres domaines pathologiques (Tableau 15).

Tableau 15

Variation absolue du nombre de décès annuels et du nombre d'invalidités reconnues pour 100 000 actifs âgés de 25 à 64 ans, pour une structure par âge invariante*, période 1972-1982

	Sexe masculin		Sexe féminin	
	Nombre de décès	Nombre d'invalidités	Nombre de décès	Nombre d'invalidités
Période 1970-1972 à 1979-1980, variation pour 100 000				
Tumeurs	+ 9,2	+25,8	−12,7	+17,8
Syst. nerveux et org. des sens	+ 0,1	+ 7,0	+ 0,2	+ 9,1
App. circ.	−44,9	+41,4	−18,2	+18,7
App. resp.	− 4,3	+11,2	− 2,5	+ 4,4
Accidents	−13,0	+ 4,0	− 1,0	+ 1,7
Période 1972 à 1982, variation pour 100 000				
Toutes causes	−113	+210	−73	+121

CASF-86.15

* Population type: population active de 25 à 64 ans, 2 sexes réunis du Canada au recensement de 1981.

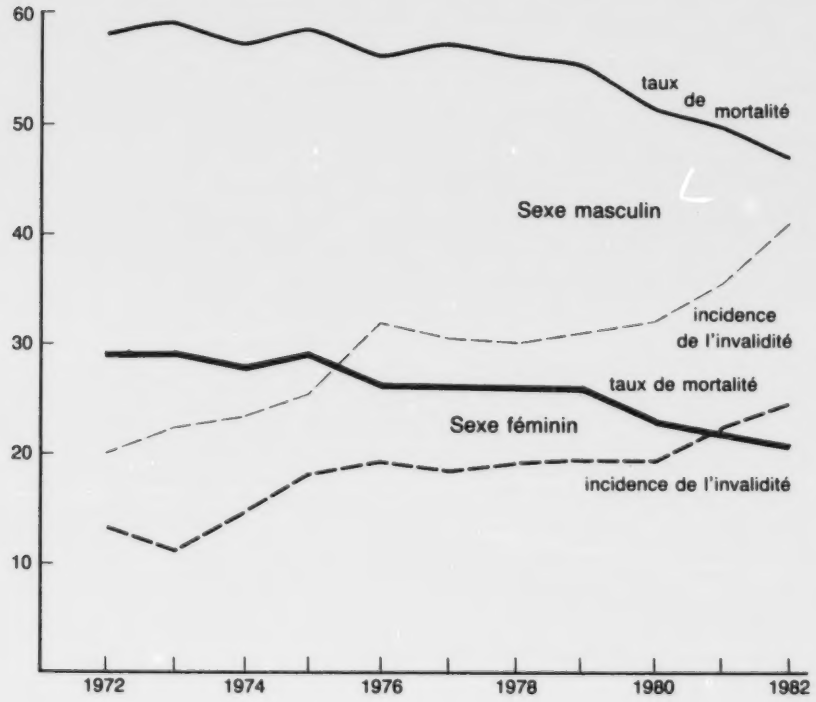
2.7.2 Mortalité générale et invalidité toutes causes

L'ensemble des données étant standardisé de 1972 à 1982, **nous n'avons pu établir de corrélations statistiques entre les variations annuelles du taux de mortalité toutes causes et les variations annuelles de l'IIR[23].**

Toutefois, il faut noter que l'évolution contraire de l'invalidité et de la mortalité fait que désormais au Québec le risque pour un adulte d'être reconnu invalide est du même ordre que le risque de mortalité (Graphique 10).

Graphique 10

Évolution du taux de mortalité et de l'incidence de l'invalidité reconnue pour 10 000, de 1972 à 1982 — Standardisation par âge



23. On trouvera en Annexe 3, le détail des résultats.

2.7.3 Mortalité spécifique et invalidité par origine pathologique

Par grand domaine pathologique, on constate que **les causes de mortalité qui ont diminué le plus de 1971 à 1980 ne correspondent pas aux causes d'invalidité qui ont augmenté le plus** (Tableau 16).

On observe au Québec que **c'est pour la morbidité circulatoire que la mortalité diminue le plus et que l'invalidité reconnue augmente le moins.** Inversement, on constate que **la plus forte augmentation de mortalité et d'invalidité concerne le même domaine pathologique pour le sexe masculin à savoir les tumeurs.** Les données concernant le reste du Canada sont encore plus claires puisqu'on observe pour la morbidité cardio-respiratoire les plus faibles augmentations d'invalidité. On note même, dans certains cas, une diminution de l'invalidité. L'invalidité ayant pour origine des tumeurs ou des accidents, au contraire, est celle qui augmente le plus (Tableau 8).

Tableau 16

Évolution de la mortalité et de l'incidence de l'invalidité reconnue selon l'origine pathologique par sexe. Québec, période 1970-1972 à 1979-1980

Causes	Sexe masculin				Sexe féminin			
	Situation en 1979-1980		Variation en % de 1971 à 1980		Situation en 1979-1980		Variation en % de 1971 à 1980	
	Taux de mortalité p. 10 000	Incidence de l'invalidité p. 10 000	Mortalité	Invalide	Taux de mortalité p. 10 000	Incidence de l'invalidité p. 10 000	Mortalité	Invalide
Tumeurs	13,5	5,2	+ 7,32	+96,8	10,0	3,7	−11,27	+ 92,9
Sys. nerveux et org. des sens	0,6	2,0	+ 1,72	+55,2	0,6	1,9	+ 3,73	+ 95,8
App. circulatoire	20,4	12,0	−18,07	+52,5	7,1	5,0	−20,33	+ 58,6
App. respiratoire	2,1	3,0	−17,15	+60,5	0,8	0,8	−22,48	+128,4
Accidents	9,9	1,1	−11,66	+56,0	3,4	0,4	− 2,85	+ 58,9
Coefficient de corrélation linéraire			0,70				−0,24	

CASF-86.16

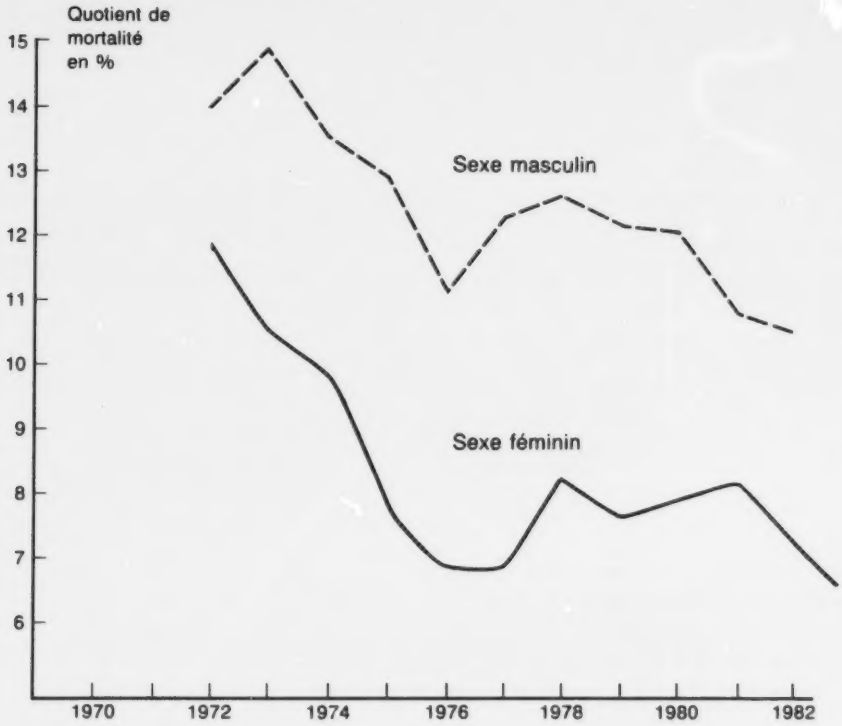
2.8 Mortalité des invalides

Pourtant l'invalidité et la mortalité sont très liées comme en témoigne **le niveau de mortalité des nouveaux invalides reconnus. En 1982, ce dernier est environ 10 fois plus élevé que dans la population générale du même âge (1).**

La chute de la mortalité des invalides, constatée de 1972 à 1982, participe à l'augmentation de la prévalence de l'invalidité reconnue.

Graphique 11

Quotient brut de mortalité en 1 an des cas incidents selon le sexe, au Québec de 1972 à 1982



2.8.1 Évolution de la mortalité des invalides selon l'origine pathologique de l'invalidité

Le Tableau 17 montre que le risque de mortalité dans l'année qui suit la reconnaissance de l'invalidité varie considérablement selon l'origine pathologique de l'invalidité. **Alors que le risque de décéder dans l'année s'établit en moyenne à 11 % pour les hommes reconnus invalides en 1981-1983, il atteint 50 % pour ceux dont l'origine de l'invalidité est une tumeur.**

reconnus invalides pour maladies de l'appareil circulatoire en 1981-1983 contre 8 % en 1971-1973. C'est pour les femmes reconnues invalides pour maladies de l'appareil respiratoire que la diminution du quotient de mortalité dans l'année qui suit la reconnaissance est la plus spectaculaire.

La différence des risques de mortalité et la différence d'évolution font qu'en 1981-1983, les trois quarts des invalides qui meurent dans l'année suivant la

Tableau 17

Évolution du quotient de mortalité en 1 an des invalides reconnus selon l'origine pathologique, par sexe, au Québec, périodes 1971-1973 et 1981-1983

	Sexe masculin			Sexe féminin		
Domaines pathologiques	**1971-1973**	**1981-1983**	**Variation 1982/1972**	**1971-1973**	**1981-1983**	**Variation 1982/1972**
Tumeurs	49,9	49,4	– 1,0	36,7	33,1	– 9,8
Troubles mentaux	3,3	2,3	– 30,3	0,7	0,5	– 28,6
Maladies des yeux et org. des sens	5,5	3,1	– 43,6	1,6	0,8	– 50,0
Maladies app. circulatoire	8,3	4,8	– 42,2	3,51	2,5	– 28,8
Maladies app. respiratoire	6,6	3,3	– 50,0	5,6	1,6	– 71,4
Maladies app. ostéo-artic.	2,4	0,7	– 70,8	0,6	0,6	0
Accidents	3,2	2,9	– 9,4	2,7	1,4	– 48,1
Autres	12,6	7,1	– 43,7	10,6	4,0	– 62,3
Ensemble	13,5	10,9	– 19,3	9,8	7,9	– 19,4

CASF-86.17

La mortalité des invalides dans l'année qui suit la reconnaissance diminue pour toutes les origines pathologiques à l'exception des tumeurs. **Ainsi, il ne meurt plus dans l'année qui suit la reconnaissance que 5 % des hommes** reconnaissance de l'invalidité avaient été reconnus invalides pour tumeurs.

L'Annexe 4, présente les courbes de survie des invalides reconnus.

2.8.2 Évolution de la mortalité des invalides selon le niveau de mobilité lors de la reconnaissance

Le Tableau 18 montre que le risque de décéder dans l'année varie aussi selon le niveau de mobilité lors de la reconnaissance. **Ainsi 46 % des hommes confinés en institution ou à domicile lors de la reconnaissance meurent dans l'année, en 1981-1983.**

De 1972 à 1982, la mortalité des invalides dans l'année qui suit la reconnaissance diminue pour les sujets mobiles avec ou sans aide. **Par contre, elle augmente fortement pour les sujets confinés.**

Tableau 18

Variation de la mortalité brute en 1 an des cas incidents selon le niveau de mobilité, par sexe, période 1971-1973 et 1981-1983

Quotient de mortalité en 1 an en pourcentage	Sexe masculin			Sexe féminin		
	1971-1973	1981-1983	Variation 1982/1972	1971-1973	1981-1983	Variation 1982/1972
Mobile	7,3	6,6	– 9,6 %	6,1	4,2	– 31 %
Mobile avec aide	13,1	8,6	– 34,0 %	6,0	4,8	– 20 %
Confiné	28,4	45,7	+ 60,9 %	29,2	41,9	+ 43 %
Ensemble cas incidents	13,5	10,9	– 19 %	10,5	7,3	– 30 %

CASF-86.18

2.8.3 Part des décès d'invalides parmi l'ensemble des décès de la population adulte au Québec

Le très haut niveau de mortalité des invalides fait que leur poids parmi les décédés est beaucoup plus grand que parmi la population. Le Tableau 19 montre clairement, dans la population masculine où l'activité est quasiment la règle générale, que la part des décès d'invalides croît avec l'âge. **À 25-29 ans, 4 % des décès masculins de 1982 se sont produits chez des individus où on avait reconnu une invalidité. Cette proportion croît avec l'âge pour atteindre 31 % à 60-64 ans.**

Tableau 19

Part des invalides reconnus parmi les sujets décédés au Québec, selon l'âge et le sexe en 1982

	Sexe masculin		Sexe féminin	
Âge du décès	Total décès	% Invalides reconnus	Total décès	% Invalides reconnus
25 – 29 ans	412	3,6	159	2,5
30 – 34 ans	366	6,0	180	7,8
35 – 39 ans	440	9,5	233	7,7
40 – 44 ans	505	12,9	289	8,0
45 – 49 ans	776	16,5	384	6,5
50 – 54 ans	1 367	19,5	704	8,8
55 – 59 ans	1 959	25,5	1 027	6,5
60 – 64 ans	2 607	31,4	1 344	7,0
Ensemble	8 432	22,0	4 320	7,1

CASF-86.19

3. Discussion

La hausse de l'invalidité reconnu parmi la population adulte du Québec, ayant travaillé au moins 5 ans au cours des 10 dernières années, est confirmée par l'analyse des données du RPC, organisme indépendant de la RRQ, qui couvre le reste du Canada. Est-ce à dire qu'il y a dégradation des capacités fonctionnelles des Canadiens au cours des dernières années?

3.1 Qu'est-ce que l'invalidité?

Dans la réalité, les individus ne se répartissent pas en deux groupes malades ou bien portants, mais présentent un continuum d'états de santé, allant de l'absence totale de troubles aux états les plus graves qui mettent en jeu le pronostic vital. En s'appuyant sur les travaux de l'OMS portant sur les conséquences de la maladie (41-42), on peut distinguer trois niveaux d'état de santé dégradée qui sont par ordre croissant de gravité: le niveau des simples déficiences lorsque le problème de santé identifié n'a pas de conséquences dans la vie quotidienne; le niveau des simples incapacités lorsque l'état de santé, tout en empêchant l'individu de réaliser un certain nombre de tâches, ne l'empêche pas de mener une vie normale et de remplir ses grands rôles sociaux; enfin le niveau des désavantages (traduction en français du terme anglais «handicap») lorsque le sujet est incapable de mener une vie normale du fait de son état de santé.

Or, à l'âge adulte, mener une vie normale consiste en grande partie à travailler pour gagner sa vie. L'invalidité ou l'incapacité de travailler est clairement un désavantage social et fait partie des conséquences les plus graves de la maladie. À ce titre, la réduction de l'invalidité est un des objectifs prioritaires de santé publique suivant de près la réduction de la mortalité. La reconnaissance sociale de l'invalidité est un constat de son caractère irréversible face auquel la société n'a pas d'autres moyens ou n'envisage pas d'autres moyens d'agir que d'offrir une compensation financière. La population ayant des difficultés à travailler se répartit également en un continuum d'états plus ou moins valides et c'est la reconnaissance du désavantage selon certains critères qui crée deux groupes de population: les valides et les invalides.

Par conséquent, une augmentation de l'invalidité reconnue peut signifier soit une augmentation de l'incapacité à travailler dans la population, soit une modification des critères de reconnaissance. L'incapacité à travailler résulte à la fois des qualités biologiques, physiques et intellectuelles du sujet qui sont plus ou moins grandes et de la qualité de l'environnement du travail au sens large qui est plus ou moins favorable. La reconnaissance de l'invalidité résulte à la fois du rôle social des individus, de la demande pour le statut d'invalide et de l'offre de reconnaissance faite par la société. De fait, pour qu'un individu soit reconnu invalide par la RRQ ou le RPC, il faut qu'il ait à travailler (rôle social), qu'il remplisse les conditions d'admissibilité au régime, qu'il ait des difficultés à travailler à cause de ses caractéristiques personnelles (déficience, niveau d'instruction, compétence professionnelle, etc.) ou à cause des difficultés de l'environnement, qu'il demande à être reconnu invalide et enfin, qu'il soit jugé incapable de travailler par les médecins experts de la RRQ ou du RPC.

Une hausse de l'IIR peut par conséquent être due soit à:

— une modification de la population active;

— une modification de la population admissible au programme;
— un accroissement de la demande pour le statut d'invalide;
— un changement des critères de reconnaissance de l'invalidité;
— une dégradation de l'environnement du travail et plus particulièrement du marché du travail;
— une diminution des capacités fonctionnelles de la population adulte.

3.2 Les facteurs socio-économiques

3.2.1 Les modifications de la population active

Différentes études ont montré que la population active était en meilleure santé que la population inactive, particulièrement chez les femmes (21, 22, 58-60). Il est possible qu'une augmentation importante du taux d'activité — ce qui est le cas pour le sexe féminin — s'accompagne d'une dégradation de l'état de santé moyen du groupe des actifs. Surtout si le recours à l'activité provient moins d'un choix personnel de style de vie que de nécessités financières (21, 23).

Notre étude n'a pas pu établir de relations statistiques entre l'augmentation de l'activité féminine et la hausse de l'invalidité. Une telle relation, si elle existe, est sûrement décalée dans le temps de plusieurs années. Dans ces conditions, il faudrait disposer de séries statistiques beaucoup plus longues pour la mettre en évidence[24].

Inversement, la diminution de l'activité masculine, sûrement en partie liée à la conjoncture économique, peut aussi témoigner d'un changement d'attitude des hommes à l'égard du travail (12, 19, 20), plus favorable à l'invalidité et à la demande qui en est faite. Notre étude montre une certaine corrélation entre la diminution de l'activité masculine et la hausse de l'invalidité. Le résultat est logique car la reconnaissance de l'invalidité est une part importante de la cessation de l'activité chez les hommes avant l'âge de la retraite.

3.2.2 Les modifications de la population admissible au programme

De 1970 à 1975, les conditions d'admissibilité à l'invalidité se sont modifiées. Le progamme de cotisation a débuté en 1966 et lorsque le programme d'attribution des rentes d'invalidité a commencé en 1970, la période cotisable n'était que de 5 ans. Elle n'a atteint 10 ans qu'en 1975. Si ceux qui ont mis plus de 5 ans pour devenir admissible l'on fait en partie pour des raisons liées à l'invalidité, la durée de la cotisation requise peut expliquer la hausse de l'incidence constatée jusqu'en 1975.

Le seuil fixant les revenus du travail nécessaires pour cotiser à la RRQ a été régulièrement réévalué. Il exclut, tout au long de la période, une fraction très faible et à peu près constante de la population active. On ne peut donc pas retenir l'hypothèse d'une modification du seuil de revenus dans les explications de la hausse de l'IIR.

3.2.3 L'évolution de la demande pour le statut d'invalide

De nombreuses raisons peuvent expliquer un accroissement de la demande pour le statut d'invalide. On peut citer une tolérance accrue pour l'invalidité dans les sociétés modernes (12, 32, 35, 36, 62), un changement d'attitudes à l'égard du travail (19, 23, 55), une modification des systèmes de solidarité (21, 34), une modification des possibilités de se procurer un revenu en dehors du marché du travail

24. On peut aussi penser que ce sont plutôt les individus en bonne santé qui se sont déplacés vers le marché du travail, dans ce cas, on ne doit pas s'attendre à une modification notable de l'état de santé moyen des actifs.

officiel (12, 26-29), la nécessité ou le désir plus grand de disposer de revenus personnels (21-23), etc. En particulier, on peut penser que les femmes en mauvaise santé se retirent de moins en moins du marché du travail en troquant directement le statut de femme active avec celui de femme à la maison (21-23, 61) et que le développement des familles monoparentales ou des ménages composés d'un seul membre accroît la nécessité de disposer d'un revenu personnel (21-23).

Dans le cas de notre étude, deux raisons précises peuvent avoir contribué à l'accroissement de la demande. D'abord le programme de compensation de l'invalidité est récent et il est possible qu'en début de période des demandes n'aient pas été formulées par ignorance de la part des sujets ou de leurs médecins traitants. Plus particulièrement, on peut penser que les médecins traitants ont acquis, au cours du temps, une meilleure connaissance des possibilités pour leurs patients d'être reconnus invalides. Par ailleurs, il est vraisemblable que les organismes tiers-payant, comme les compagnies d'assurance, contribuent à la hausse de la demande, en exigeant que l'invalidité soit reconnue par la RRQ lorsqu'une demande d'indemnisation leur est faite. La deuxième raison est qu'une nouvelle catégorie imprévue est apparue au cours de cette période, celle des préretraités touchant une pension de leurs ex-employeurs. Ces individus restent admissibles à la rente d'invalidité et la logique financière les incite à demander une rente qui peut se cumuler avec leur préretraite (43, 44)[25].

Une étude de la RRQ (45) a montré que la demande pour le statut d'invalide a beaucoup augmenté de 1970 à 1976. Toutefois, notre étude montre que depuis 1977 l'évolution n'est pas très claire. Le fait qu'on observe un tassement de la demande pour le statut d'invalide alors que la reconnaissance de l'invalidité continue à croître fortement souligne la complexité des mécanismes qui conduisent à la hausse de l'invalidité et fait suspecter une modification de l'offre de reconnaissance sociale de l'invalidité.

3.2.4 Les critères de reconnaissance de l'invalidité

Officiellement, les critères de reconnaissance de l'invalidité par la RRQ sont demeurés inchangés de 1970 à 1984. Cependant, en 1976, la RRQ a donné une consigne informelle qui revenait à demander aux médecins experts d'accorder plus facilement l'invalidité[26]. De fait, on constate en 1976 un saut dans l'incidence chez les hommes. L'analyse par cause montre que le saut de 1976 concerne principalement les maladies circulatoires et respiratoires pour chacun des deux sexes. On enregistre pour ces deux causes une diminution de l'incidence de l'invalidité au cours des années suivantes. Ce qui semble indiquer que les médecins sont en partie revenus à leurs critères habituels.

Pourtant notre étude met en évidence trois faits qui incitent à penser qu'il y a eu un assouplissement des critères de reconnaissance. D'abord, l'augmentation de l'IIR est essentiellement due à un accroissement de la reconnaissance de l'invalidité chez des individus dont l'état de santé leur permet de vivre à domicile et de se déplacer sans aucune aide, quelle que soit l'origine pathologique de l'invalidité. Ensuite, le niveau de mortalité des invalides dans l'année qui suit la reconnaissance a fortement diminué entre 1972 et 1982. Enfin, la part des demandes d'invalidité acceptées a nettement augmenté au cours de la même période.

25. Inversement, si les préretraités sont, plutôt, offertes aux individus en moins bonne santé, cela peut contribuer à réduire la hausse de l'invalidité si les pensions versées sont jugées satisfaisantes.

26. Information communiquée par la RRQ.

On trouve dans la littérature plusieurs éléments favorables à l'hypothèse d'un glissement progressif plus ou moins conscient des critères permettant de reconnaître l'invalidité. Le phénomène reviendrait en quelque sorte à reconnaître (et demander) l'invalidité par anticipation. On peut citer un dépistage plus précoce des maladies (12, 31, 55), en particulier pour le diagnostic de tumeurs (30), une meilleure information des conséquences de la maladie (12, 31, 55), la prévention accrue des conséquences létales ou des conséquences portant sur des rôles sociaux jugés plus importants que l'activité professionnelle (12,43), etc.

Par ailleurs, on peut penser que les médecins experts de la RRQ ou du RPC ne sont pas insensibles aux conditions générales et en particulier, aux difficultés à trouver du travail. En 1984, la RRQ a modifié les critères de reconnaissance de l'invalidité pour les sujets âgés de 60 ans et plus. Pour ces derniers, il suffit d'être incapable de conserver leur emploi actuel pour être reconnu invalide. Il est possible que cette modification des critères officiels entérine une pratique devenue courante au cours des dernières années[27].

3.2.5 Les modifications de l'environnement du travail

Plusieurs auteurs soulignent que dans un contexte de crise économique et d'expansion du chômage, la logique économique conduit à licencier d'abord les sujets les moins performants, les sujets en mauvaise santé, les sujets peu capables de s'adapter aux nouvelles techniques de production bref, ceux qui ont le plus de mal à retrouver du travail (32, 33, 35, 37, 38, 54)[28]. La même logique conduit à enbaucher d'abord les sujets les plus performants (33, 36). La crise de l'emploi opérerait une sélection des actifs en rejetant les sujets en moins bonne santé. D'ailleurs, on sait que les chômeurs sont en moins bonne santé que les actifs occupés (51)[29]. On peut même penser que les difficultés financières de certaines entreprises révèlent l'existence d'individus incapables d'exercer leur emploi qui étaient maintenus au travail par tradition sociale des entreprises. Pourtant, dans notre étude, nous n'avons trouvé aucune corrélation statistique entre le rythme d'accroissement du chômage et le rythme d'accroissement de l'invalidité reconnue. Cela ne signifie pas que la crise de l'emploi n'agit pas sur la reconnaissance de l'invalidité mais qu'il n'y a pas de relations mécaniques étroites. En effet, les taux de chômage et d'activité ne sont sûrement pas les meilleurs indicateurs de la situation du marché du travail. Mais ce sont les seuls disponibles sur l'ensemble de la période étudiée (56, 57).

À côté des changements portant sur le marché de l'emploi, il y a eu des modifications de la structure de l'emploi. Cet aspect n'a pas été pris en considération, car de l'avis général, ces modifications n'ont pas conduit, globalement, à une dégradation des conditions de travail. En effet, on peut penser qu'une double standardisation sur l'âge et sur la structure d'emploi montrerait que l'IIR de 1982 aurait été plus élevée si la structure d'emploi de 1972 avait été conservée. Par contre, nous avons considéré, dans l'interprétation des résultats, le fait qu'une modification de la structure d'emploi génère du chômage, des nouvelles technologies et la nécessité de s'y adapter.

27. C'est ce que laissent supposer des notes internes à la RRQ où on fait mention de cette modification dès 1981.

28. On peut se demander si la disparition d'un certain nombre de petits métiers — compte tenu de l'enchérissement du coût de la main-d'oeuvre — ne diminue pas les possibilités de conserver un travail pour les sujets en mauvaise santé et à contrario ne les contraint pas à demander la reconnaissance d'une invalidité (54).

29. Inversement, en période de pénurie de main-d'oeuvre, on aurait cherché à maintenir au travail, le plus longtemps possible, les sujets en mauvaise santé (62).

3.3 La dégradation des capacités fonctionnelles des adultes et les relations entre la chute de la mortalité et la hausse de l'invalidité reconnue

3.3.1 Le débat

La reprise du déclin de la mortalité à laquelle on assiste depuis quelques années et qui était totalement imprévue (52, 53), fait craindre une dégradation de la qualité des années vécues. N'échappe-t-on pas aux attaques ou aux maladies cardiaques que pour vivre en mauvaise santé, en état d'incapacité?

Il est difficile de répondre à cette question pour deux raisons. D'abord, on ne sait pas définir et mesurer la morbidité et l'incapacité avec objectivité comme on le fait pour la mortalité (13). De plus, les liens entre la morbidité et la mortalité sont complexes (12). Autrefois la mortalité était essentiellement due à des états infectieux aigus. Ce n'est plus le cas aujourd'hui, avec l'émergence des maladies chroniques qui, souvent sans être létales, affaiblissent le sujet. Les habitudes de vie et la médecine ralentiraient la progression de ces maladies plutôt qu'elles ne les préviendraient ou ne les soigneraient. Au niveau des populations, la question est de savoir si la chute de la mortalité augmente la prévalence et l'incidence des sujets malades ou en incapacité.

En l'absence d'information fiable sur l'évolution de la morbidité et sur les causes de l'incapacité, trois grandes théories s'affrontent (10, 11). Les «optimistes» pensent que les maladies chroniques dégénératives vont être repoussées aux âges les plus élevés de la vie (14, 15) entraînant une «compression» de la morbidité, compte tenu d'une hypothèse de plafonnement de l'espérance de vie en partie contestée (16, 17). Les «pessimistes» pensent que la diminution de la mortalité ne s'accompagne pas d'une baisse de la morbidité. Ceci fait craindre une «pandémie des MCD» (8, 9). Enfin, une troisième théorie relie l'évolution de la morbidité et de la mortalité dans une sorte d'équilibre (11). Chaque théorie est soutenue par des arguments séduisants. Mais il ne suffit pas de construire des modèles, il faut aussi pouvoir les vérifier. C'était en partie le but de cette étude.

Plusieurs éléments étaient en faveur du choix de l'invalidité reconnue pour tenter cette vérification. L'invalidité fait partie des états les plus graves, des conséquences les plus lourdes de la maladie, de celles qui, en principe, devraient prêter le moins à la discussion. La reconnaissance de l'invalidité s'apparente au diagnostic. L'invalidité reconnue en a les défauts mais aussi les qualités par rapport à l'incapacité déclarée. L'invalidité a été établie par un groupe de médecins. Ceci assure aux données une plus grande fiabilité et une plus grande homogénéité. En outre, la reconnaissance médicale permet de disposer d'origines pathologiques de l'invalidité cohérentes avec les causes médicales de décès. On peut ainsi comparer l'évolution de la mortalité et de l'invalidité par grands domaines pathologiques et étudier d'éventuelles substitutions.

À priori, la hausse de l'IIR est cohérente avec le modèle d'une pandémie des MCD. Toutefois, les résultats de notre étude ne permettent pas de conclure à l'existence d'une relation étroite entre la chute des taux de mortalité et la hausse de l'incidence de l'invalidité. L'évolution simultanée de la mortalité et de la morbidité observée par grand domaine pathologique ne permet pas de privilégier un modèle d'explication à la fois simple et unique.

Les résultats de notre étude ne sont pas favorables non plus à l'hypothèse d'une dégradation des capacités fonc-

tionnelles de la population adulte. En effet, lorsque l'on contrôle le niveau d'incapacité des individus (vie en institution, confinés à domicile, besoin d'aide pour se déplacer), on ne constate pas de hausse de l'invalidité reconnue.

Notre étude montre l'extrême importance des maladies chroniques dans l'origine de l'invalidité et la faible proportion des origines accidentelles. L'étude souligne la place des maladies non directement létales dans l'origine de l'invalidité comme les troubles mentaux et les maladies ostéo-articulaires dont l'importance va croissante (32, 35, 54). Le fait que c'est l'invalidité d'origine circulatoire et respiratoire qui augmente le moins semble montrer que l'efficacité du système de soins face aux maladies cardio-respiratoires ne se limite pas à la réduction de la mortalité (46-47).

Dans le cas des accidents, la chute de la mortalité est sans doute en partie à l'origine de l'augmentation de l'incidence de l'invalidité reconnue. Dans le cas des MCD, la réduction de la mortalité prolonge sans doute souvent la durée de vie d'invalides déjà reconnus. La réduction de la mortalité chez les adultes agit probablement plus sur la prévalence de l'incapacité que sur l'incidence. En effet, l'étude montre qu'en 1982 au Québec, une forte proportion des décès des hommes de plus de 55 ans concerne des invalides déjà reconnus (Tableau 19). La mortalité dans ce groupe, bien que demeurant à un niveau très élevé, a été fortement réduite au cours des dernières années. Même si les adultes n'échappaient à la mort que pour devenir invalides, notre étude montre que ce surplus d'invalidité ne se traduit ni par un accroissement du confinement en institution ou à domicile, ni par une augmentation des besoins d'assistance pour les déplacements. On n'échappe pas à la mort pour se retrouver confiné en institution ou à domicile.

3.3.2 L'incidence de l'invalidité reconnue selon les niveaux de mobilité

La hausse de l'IIR pour des sujets vivant à domicile et n'ayant pas besoin d'aide pour se déplacer ne peut pas être utilisée pour valider l'une ou l'autre théorie. On ignore le niveau d'incapacité de ces sujets. Notre étude a montré que ce groupe a connu une forte réduction de sa mortalité en 10 ans.

La stabilité de l'IIR, pour les sujets ayant besoin d'aide pour se déplacer, est favorable à l'hypothèse d'une pandémie des MCD, compte tenu de la chute de la mortalité de ce groupe. Toutefois, cette stabilité de l'IIR résulte d'un équilibre entre les domaines pathologiques où l'IIR croît et ceux où l'IIR décroît. Dans certains domaines, il y aurait pandémie, indépendamment de la chute de la mortalité car l'incidence augmente. C'est le cas de l'invalidité d'origine ostéo-articulaire ou pour maladie des yeux ou organes des sens. Dans d'autres domaines, il y a peut-être équilibre en terme de prévalence entre la diminution de l'IIR et la chute de la mortalité: maladies circulatoires ou respiratoires.

L'observation simultanée de la stabilité de l'IIR pour des individus devant vivre en institution ou confinés à domicile et de la hausse de la mortalité de ce groupe, ne correspond à aucune des hypothèses proposées, puisqu'une telle évolution conduit à une diminution de la prévalence des états les plus sévères par augmentation de la mortalité. L'analyse par cause montre là aussi que la stabilité de l'IIR résulte d'un équilibre entre les domaines où l'IIR croît (tumeur, accident pour les hommes) et ceux où l'IIR décroît.

3.3.3 L'incidence de l'invalidité reconnue selon les domaines pathologiques

1- La hausse l'IIR pour des individus vivant à domicile et se déplaçant sans aide, quelle que soit l'origine pathologique, est favorable à l'hypothèse d'un assouplissement des critères de reconnaissance de l'invalidité. Elle ne permet pas de conclure à une détérioration des capacités fonctionnelles des individus. Cette hausse de l'IIR conduit à un accroissement des individus pris en charge par la société.

2- La chute de l'IIR, pour des individus vivant en institution ou confinés à domicile pour troubles mentaux, pour maladies circulatoire, respiratoire, pour maladies des yeux et organes des sens et pour maladies de l'appareil ostéo-articulaire, est favorable à l'hypothèse d'une amélioration de l'état de santé. Elle penche en faveur de la théorie de l'équilibre, du moins pour les causes de morbidité reliées à la mortalité.

3- La chute de l'IIR, pour les individus ayant besoin d'aide pour se déplacer, confirme l'appréciation précédente pour les origines mentales[30], circulatoires et respiratoires.

4- La hausse de l'IIR, pour les individus ayant besoin d'aide pour se déplacer, d'origine ostéo-articulaire, accidentelle ou pour maladies des yeux et organes des sens s'explique peut-être par le développement de l'appareillage. Elle ne permet pas de conclure à une dégradation des capacités fonctionnelles des adultes.

5- La hausse de l'IIR, pour les individus de sexe masculin vivant en institution ou confinés à domicile à la suite d'un accident penche par contre en faveur d'une détérioration de l'état de santé. Celle-ci peut provenir soit d'une multiplication des accidents soit d'une efficacité accrue du système de soins permettant aux individus d'échapper à la mort sans leur permettre d'échapper aux séquelles invalidantes dans des proportions identiques.

6- La stabilité de l'IIR, chez les sujets vivant en institution ou confinés à domicile toutes origines pathologiques confondues, est cohérente avec l'hypothèse d'une dégradation de l'état de santé compte tenu de l'augmentation de la mortalité de ce groupe.

7- La hausse de l'IIR, ayant pour origine des tumeurs, quel que soit le niveau d'incapacité observée chez les hommes, est cohérente avec l'idée d'une dégradation de l'état de santé. À cet égard, notre étude montre l'importance des tumeurs dans l'origine de l'invalidité, ce que l'on ne perçoit pas forcément très bien à partir d'études de prévalence (2, 48, 49). Il est possible qu'une étude plus fine au niveau des causes montre dans le cas des tumeurs, une certaine substitution entre décès et invalidité. Par ailleurs, on peut penser que les dépistages et traitements plus précoces conduisent à reconnaître plus tôt l'invalidité.

Il est également possible qu'une survie plus grande des sujets atteints de tumeurs malignes permettent aujourd'hui de les reconnaître invalides avant que le décès survienne. Ce qui pourrait à la fois expliquer en partie la hausse de l'incidence et la stabilité du quotient de mortalité en un an après la reconnaissance de l'invalidité.

De 1972 à 1982, il y a de plus en plus d'invalides reconnus pour cancer. Bien que la mortalité en un an après la reconnaissance, ne diminue pas

30. On peut penser que la sous-déclaration éventuelle des troubles mentaux a plutôt tendance à diminuer qu'à augmenter au cours de la période. Si cela est le cas, cette sous-déclaration ne biaise pas nos résultats.

chez ces sujets, ils sont relativement moins nombreux à vivre en institution ou confinés à domicile au moment de la reconnaissnce. On peut donc penser que ce confinement est désormais réservé aux sujets les plus atteints. Ceci pourrait expliquer la hausse de la mortalité observée chez les invalides confinés. En effet, la part des invalides ayant une tumeur parmi les nouveaux invalides confinés a considérablement crû en 10 ans (Tableau 13).

Conclusion

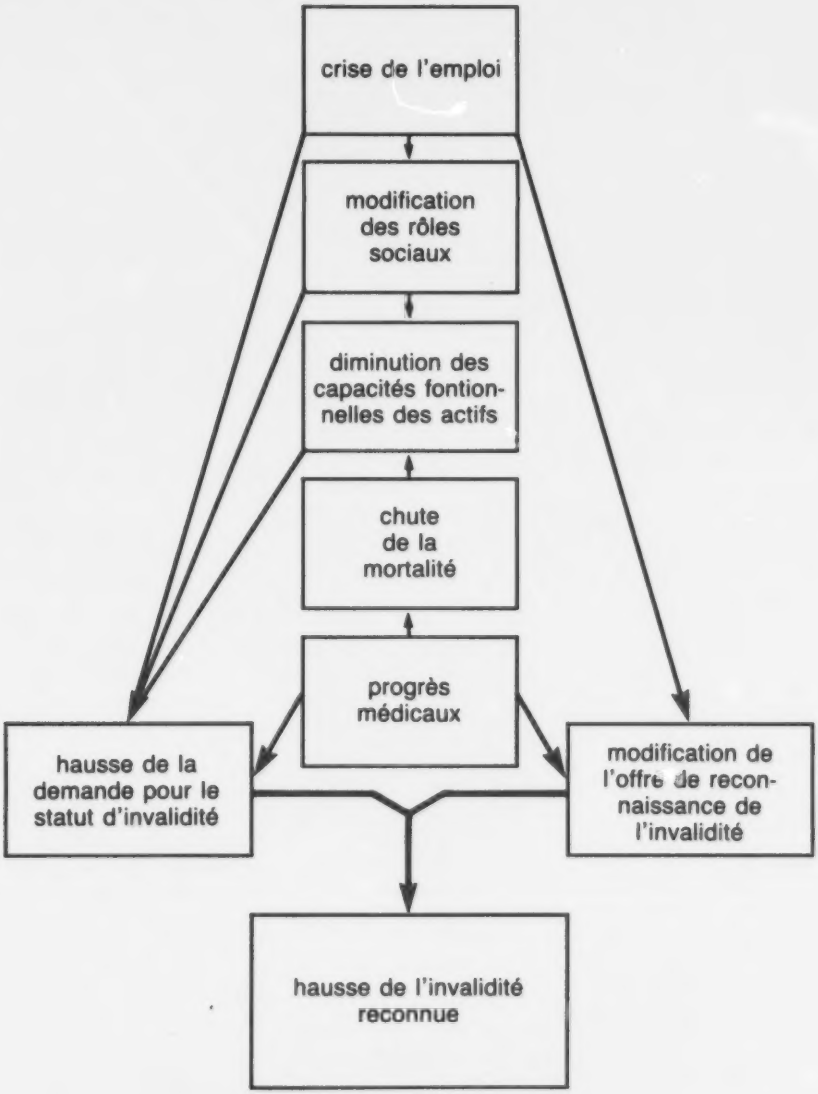
Finalement, notre étude n'aura pas permis de trouver une explication simple et unique à la hausse de l'IIR observée au Québec. Elle aura davantage contribué à souligner le caractère complexe des mécanismes de l'invalidité et de sa reconnaissance. Elle illustre d'autre part la complexité des liens qui vraisemblablement existent entre l'incapacité et la mortalité. **En effet, nos résultats ne permettent pas de généraliser aucune des théories avancées, certains étant en faveur d'une «pandémie», d'autres, en faveur d'un «équilibre».** Toutefois, on peut penser que dans le cas des MCD, la chute de la mortalité, en règle générale, ne transformerait pas des malades en invalides, mais prolongerait la vie d'individus déjà diminués.

À l'occasion de ce travail, nous avons recensé plus d'une douzaine de facteurs pouvant expliquer la hausse de l'incidence de l'invalidité. Cependant, notre étude n'a pas permis d'établir de lien étroit entre aucun de ces facteurs et la hausse de l'invalidité. Il est vraisemblable que la hausse de l'IIR résulte d'un mécanisme complexe faisant intervenir de nombreux facteurs. Plusieurs des facteurs recensés ne concernent qu'une partie de la période ou qu'un sexe ou bien encore, qu'un groupe d'âge comme le groupe des préretraités. Notre étude montre que chaque groupe d'âge de chaque sexe connaît une hausse à peu près identique de l'IIR au Québec. On peut penser que des facteurs différents ont conduit chaque groupe d'âge de chaque sexe à demander davantage le statut d'invalide. Même si on n'a pas pu établir de liaisons statistiques, il reste légitime de penser que la plupart des facteurs cités contribuent d'une manière ou d'une autre, même faiblement, à la hausse de l'IIR (Figure 1).

La complexité des résultats de cette étude ne permet pas d'envisager de tirer une conclusion générale simple et unique. D'autant plus que la comparaison des résultats du Québec avec ceux du reste du Canada montre des différences non négligeables, même si globalement les principaux résultats obtenus au niveau du Québec sont confirmés par ceux concernant le reste du Canada. Cette étude est une contribution à l'étude des relations entre la morbidité et la mortalité. **Elle fournit quelques évidences qui s'opposent à l'idée d'une relation simple et étroite entre la chute de la mortalité et la hausse de l'incapacité.**

Les législations sociales étant très différentes d'un pays à l'autre, il apparaît difficile d'envisager des comparaisons internationales portant sur l'invalidité reconnue. Il existe d'ailleurs très peu d'études sur l'invalidité ou l'incapacité des populations adultes. La plupart de ces études insistent sur la complexité des facteurs explicatifs (12, 48, 54, 55). On peut toutefois rapprocher nos résultats des données de la National Health Interview Survey du N.C.H.S. qui montrent que la proportion des adultes qui se déclarent incapables d'exercer leur activité principale croît fortement de 1972 à 1981 (50). L'augmentation de la reconnaissance de l'invalidité observée au Québec et dans le reste du Canada est tout à fait cohérente avec l'augmentation de la déclaration d'une incapacité d'exercer son activité principale observée aux États-Unis.

Figure 1
Schéma des principaux mécanismes évoqués pour expliquer la hausse de l'invalidité reconnue



Bibliographie

(1) ROY, Laurent, *Des victoires sur la mort*, Conseil des affaires sociales et de la famille, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1985, (Collection La santé des Québécois).

(2) DILLARD, Sylvie, *Durée ou qualité de la vie ?* Conseil des affaires sociales et de la famille, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1983, (Collection La santé des Québécois).

(3) LEVASSEUR, Madeleine, *Des problèmes prioritaires*, Conseil des affaires sociales et de la famille, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1983, (Collection La santé des Québécois).

(4) CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE, *Objectif: Santé*, Rapport du comité d'étude sur la promotion de la santé, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1984.

(5) OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC, *À part égale... L'intégration sociale des personnes handicapées: un défi pour tous*, Drummondville, L'Office, 1984.

(6) ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE, *La santé en chiffres 1960-1983: Dépenses, coûts, résultats*, Paris, L'OCDE, 1985.

(7) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Regional Targets in Support of the Regional Stragegy for Health for All*, EUR/RC34/7Rev. 1, Genève, Bureau régional de l'Europe, 1984.

(8) GRUENBERG, E.M., «The Failures of Success» in *Milbank Memorial Fund. Quarterly/Health and Society*, 1977, 55, 1: 3-24.

(9) KRAMER, M., «The Rising Pandemic of Mental Discorders and Associated Chronic Diseases and Disorders, Epidemiologic Research as Basis for the Organization of Extranversal Psychiatry» in *Acta Psychiatrics Scandinavica*, 62, supplément 285.

(10) RICE, D.P., FELDMAN, J.J., «Living Longer in the United States: Demographic Changes and Health Needs of Elderly» in *Milbank Memorial Fund. Quarterly/Health and Society*, 1982, 61, 3: 366-395.

(11) MANTON, K.G., «Changing Concepts of Morbidity and Mortality in the Elderly Population» in *Milbank Memorial Fund. Quarterly/Health and Society*, 1982, 60, 2: 183-244.

(12) VERBRUGGE, L.M., «Longer Life but Worsening Health ? Trends in Health and Mortality in Middle Aged and Older Persons» in *Milbank Memorial Fund. Quarterly/Health and Society*, 1984, 62, 3: 475-519.

(13) FUCHS, V.R., «Though Much is Taken: Reflections on Aging, Health, and Medical Care» in *Milbank Memorial Fund. Quarterly/Health and Society*, 1984, 62, 2: 143-166.

(14) FRIES, J.F., «Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity» in *The New England Journal of Medicine*, 1980, July 17: 130-135.

(15) ----------, «The Compression of Morbidity» in *Milbank Memorial Fund. Quarterly/Health and Society*, 1983, 61, 3: 197-419.

(16) SCHNEIDER, E.L., BRODY, S.A., «Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity: Another View» in *The New England Journal of Medicine*, 1983, oct. 6: 854-856.

(17) SCHNEIDER, E.L. REED, J.D., «Life Extension» in *The New England Journal of Medicine*, 1985: 1159-1168.

(18) BLANCHET, Madeleine, LEVASSEUR, Madeleine, «Périnatalité: Bilan et prospective» dans *Carrefour des affaires sociales*, 1980, 2: 10-28.

(19) ASHFORD, Nicholas A., *Crisis in the Workplace: Occupational Disease and Injury a Report to the Ford Foundation*, Cambridge, Massachusetts, Center for Policy Alternatives, Massachusetts Institute of Technology, 1975.

(20) DE KERVASDOUÉ, Jean, «La crise conduira à de nouvelles formes de solidarité» dans *L'Assurance-maladie à 100 ans — 1883-1983*, Actes du 5e colloque Jean-Yves Rivard tenu à Montréal les 19 et 20 mai 1983, Montréal, Les Éditions Administration et Santé, 1984: 145-161.

(21) PARINGER, Lynn, «Women and Health: Women and Absenteism: Health or Economics ?» in *The American Economic Review*, 1983, 73, 2: 123-127.

(22) KAMERMAN, Sheila B., *Parenting in an Unresponsive Society, Managing Work and Family Life*, New York, The Free Press, 1980.

(23) DE KONINCK, Maria, *Éléments pour une problématique de la santé des femmes au travail*, Québec, Ministère des Affaires sociales, Direction de la santé communautaire, 1983.

(24) OPZOOMER, Ann, *Activity Limitation in the Territory of the Montreal General Hospital Department of Community Health*, Montreal, Montreal General Hospital, 1982.

(25) RENAUD, Marc, «De la sociologie médicale à la sociologie de la santé: trente ans de recherche sur le malade et la maladie» dans DUFRESNE, Jacques, DUMONT, Fernand, MARTIN, Yves, éd., *Traité d'anthropologie médicale, L'institution de la santé et de la maladie*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 1985: 281-293.

(26) MORIN, Pierre, «Le médecin face à l'invalide» dans DUFRESNE, Jacques, DUMONT, Fernand, MARTIN, Yves, éd., *Traité d'anthropologie médicale, L'institution de la santé et de la maladie*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 1985: 793-807.

(27) COMITÉ D'ÉTUDE SUR LA SALUBRITÉ DANS L'INDUSTRIE DE L'AMIANTE, *Rapport du Comité d'étude sur la salubrité dans l'industrie de l'amiante*, Rapport Beaudry Vol. I-II-III, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1976.

(28) DUGUAY, Monique, IMBEAULT, Jean, VILLARD, Henri-Paul, «La lombalgie: étude clinique psychosomatique» dans *L'Union médicale du Canada*, 1985, 114: 122-131.

(29) FAVERGE, Jean-Marie, *Psychosociologie des accidents du travail*, Paris, Presses universitaires de France, 1967.

(30) GALARNEAU, Louise, «Le dépistage» dans DUFRESNE, Jacques, DUMONT, Fernand, MARTIN, Yves, éd., *Traité d'anthropologie médicale, L'institution de la santé et de la maladie*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 1985: 565-573.

(31) DAVIDSON, Kenneth R., «Conceptions of Illness and Health Practices in a Nova Scotia Community» in *Health and Canadian Society: Sociological Perspectives*, Canada, Fitzhenry and Whiteside Limited, 1981: 80-95.

(32) ASSOCIATION BELGE D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE SOCIALE, «Médecine sociale, hygiène, médecine du travail, médecine légale» dans *Archives belges de médecine sociale, hygiène, médecine du travail et médecine légale*, 1984, 42, 7-8: 350-448.

(33) LUFT, Harold S., *Poverty and Health: Economic Causes and Consequences of Health Problems*, Cambridge, Massachusetts, Ballinger Publishing Company, 1978.

(34) FORTIN, Daniel, *Impact du chômage sur le bien-être psychologique et la santé mentale: revue de la littérature*, Québec, Université Laval, École de psychologie, 1983.

(35) YELIN, Edward, NEVITT, Michael, EPSTEIN, Wallace, «Toward an Epidemiology of Work Disability» in *Milbank Memorial Fund. Quarterly/Health and Society*, 1980, 58, 3: 386-415.

(36) NAGI, Saad Z., «An Epidemiology of Disability Among Adults in the United States» in *Milbank Memorial Fund. Quarterly/Health and Society*, Fall 1976: 439-467.

(37) TEIGER, Catherine, «Les empreintes du travail» dans *Équilibre ou fatigue par le travail ?*, Paris, Entreprise moderne d'Édition, 1980: 25-44.

(38) TEIGER, Catherine, VOLLATE, Robert, «Condition de travail et vieillissement différentiel» dans *Travail et Emploi*, 1983, 16: 27-36.

(39) STATISTIQUE CANADA, *Moyenne annuelle de la population active*, Cat. 71-529, Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services, 1984.

(40) FORTIN, Pierre, Donnée tirées de l'enquête de STATISTIQUE CANADA sur la population active. Ces tableaux ont été fournis à l'occasion d'un cours en économique donné à l'Université Laval en 1985.

(41) WOOD, Ph., «Comment mesurer les conséquences de la maladie» dans *Chroniques OMS*, 1980, 34: 400-405.

(42) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *International Classification of Impairments Disabilities and Handicap*, Genève, L'O.M.S., 1980.

(43) BAILLARGEON, Richard, BÉLANGER, Lucie, *Travailleurs âgés et prise de retraite hâtive*, Québec, Université Laval, Laboratoire de gérontologie sociale, 1981: 158, (Collection Études et Recherches).

(44) ZAY, Nicholas, «La retraite hâtive est souvent liée à un mauvais état de santé» dans *Le Journal du Travail*, sept. 1983, 7: 6-28.

(45) BERNARD, Gaston, «Les requérants à qui la Régie a refusé une rente d'invalidité» dans *Bulletin statistique — Régime de rentes du Québec*, 1979, 13, 1: VII-XIV.

(46) CONNOLLY, Daniel C. *et al.*, «Coronary Heart Disease in Residents of Rochester, Minnesota, 1950-1975. I. Background and Study Design» in *Mayo Clin. Proc.*, 1981, 56: 661-664.

(47) ELVEBACK, Lila R., CONNOLLY, Daniel C., KURLAND, Leonard T., «Coronary Heart Disease in Residents of Rochester, Minnesota. II. Mortality, Incidence, and Survivorship, 1950-1975» in *Mayo Clin. Proc.*, 1981, 56: 665-672.

(48) COLVEZ, Alain, BLANCHET, Madeleine, «Disability Trends in the United States Population 1966-76»: Analysis of Reported Causes» in *American Journal of Public Health*, 1981, 71: 466-471.

(49) COLVEZ, Alain, BLANCHET, Madeleine, «Potential Gains in Life Expentancy Free of Disability: a Tool for Health Planning» in *International Journal of Epidemiology*, 1983, 12, 2: 224-229.

(50) NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS, *Health Statistics*, Series B, *Vital and Health Statistics*, Series 10.

(51) DESPLANQUES, Guy, «L'inégalité sociale devant la mort» dans *Économies et statistiques*, 1984, 163: 29-50.

(52) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales*, L'O.M.S., Genève, 1982, 35: no 3/4.

(53) RUMEAU-ROUQUETTE, C., «L'espérance de vie à 60 ans augmente» dans *Rev. épidem. et santé publique*, 1984, 32: 75-76.

(54) FELDMAN, J.J., «Work Ability of the Aged under Conditions of Improving Mortality» in *Milbank Memorial Fund. Quarterly/Health and Society*, 1983, Vol 61, 3: 430-444.

(55) WILSON, R.W., DRURY, T.F., «Interpreting Trends in Illness and Disability: Health Statistics and Health Status» in *Ann. Rev. Public Health*, 1984, 5: 83-106.

(56) MAYER, F., MARTEL-ROY, P., *«Aspects dynamiques et implications théoriques de la structure du chômage au Québec*, Montréal, Université du Québec, Laboratoire de recherche sur l'emploi, la répartition et la sécurité des revenus, 1985, 87 p.

(57) HASAN, A., DE BROUCKER, P., *Chômage et dynamique du marché du travail au Canada*, Étude préparée pour le Conseil économique du Canada, Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services, 1985, 130 p.

(58) WEN, C.P., TSAI, S.P., GIBSON, R.L., «Anatomy of the Healthy Worker Effect: A Critical Review» in *Journal of Occupational Medicine*, 1983, 25, 4: 283-289.

(59) AMES, R.G., TRENT, B., «Mobility of Diesel Versus Non-Diesel Cool Miners: Some Evidence on the Healthy Worker Effect» in *British Journal of Industrial Medicine*, 1984, 41: 197-202.

(60) STERLING, T.D., WEINKAM, J.J., «The Healthyworker effect on Morbidity Rates» in *Journal of Occupational Medicine*, 1985, 27, 7: 477-482.

(61) OWEN, B., *The Magnitude of Low Back Injunies is Greater than Statistics Indicate*, Paper presented to the 112th annual meeting of American Public Health Association, Wisconsin, University of Wisconsin, 1984.

(62) GLADSTONE, D.E., «Disabled People and Employment» in *Social Policy and Administration*, 1985, 19, 2: 101-111.

(63) LAMONTAGNE, Y., *L'ampleur des maladies mentales au Québec*, Québec, Québec Science éd. 1985: 100 p.

(64) WORLD HEALTH ORGANIZATION, *The Uses of Epidemiology in the Study of Elderly*, Report of a WHO scientific Group on the Epidemiology of Aging, Geneva 1984, WHO: 84 p. (Technical Report Series).

Liste des tableaux

Page

Tableau 1
Incidence de l'invalidité reconnue de 25 à 64 ans par sexe, au Québec entre 1972 et 1982, selon différentes populations de référence 10

Tableau 2
Incidence comparative de l'invalidité reconnue au Québec de 1972 à 1982 selon le sexe. Standardisation par âge, incidence pour 10 000 12

Tableau 3
Incidence de l'invalidité reconnue en 1972 et en 1982 au Québec selon le sexe et l'âge, incidence pour 10 000 13

Tableau 4
Structure par âge des nouveaux invalides reconnus au Québec en 1972, 1976 et 1982 selon le sexe, en pourcentage 16

Tableau 5
Répartition en pourcentage des nouveaux invalides reconnus selon l'origine pathologique par sexe au Québec en 1972, 1976 et 1982 19

Tableau 6
Incidence comparative de l'invalidité reconnue au Québec en 1972 et en 1982, selon le sexe et l'origine pathologique. Standardisation par âge, incidence pour 10 000 22

Tableau 7
Répartition en pourcentage des nouveaux invalides reconnus au Québec selon l'origine pathologique par sexe et âge, période 1971-1973 et 1981-1983 25

Tableau 8
Incidence de l'invalidité reconnue dans le reste du Canada et comparaison avec le Québec 28

Tableau 9
Répartition en pourcentage des nouveaux invalides reconnus selon le niveau de mobilité par sexe au Québec en 1972, 1976 et 1982 29

Tableau 10
Incidence comparative de l'invalidité reconnue au Québec en 1972 et en 1982 par sexe et niveau de mobilité. Standardisation par âge, incidence pour 10 000 32

Tableau 11
Pourcentage des individus reconnus invalides au Québec n'ayant pas de difficultés de mobilité et vivant à domicile selon le sexe et l'âge en 1971-1973 et en 1981-1983 34

Tableau 12
Répartition en pourcentage des nouveaux invalides selon le niveau de mobilité par sexe et par pathologie. Québec, période 1971-1973 et 1981-1983 36

Tableau 13
Estimation de l'incidence de l'invalidité reconnue selon l'origine pathologique et le niveau de mobilité par sexe au Québec en 1972 et en 1982 38

Tableau 14
Évolution de la demande d'invalidité à la RRQ de 1977 à 1982; 2 sexes réunis 39

Tableau 15
Variation absolue du nombre de décès annuels et du nombre d'invalidités reconnues pour 100 000 actifs âgés de 25 à 64 ans, pour une structure par âge invariante, période 1972-1982 40

Tableau 16
Évolution de la mortalité et de l'incidence de l'invalidité reconnue selon l'origine pathologique par sexe. Québec, période 1970-1972 à 1979-1980 43

Tableau 17
Évolution du quotient de mortalité en 1 an des invalides reconnus selon l'origine pathologique, par sexe. Québec, période 1971-1973 et 1981-1983 45

Tableau 18
Variation de la mortalité brute en 1 an des cas incidents selon le niveau de mobilité, par sexe, période 1971-1973 et 1981-1983 46

Tableau 19
Part des invalides reconnus parmi les sujets décédés au Québec, selon l'âge et le sexe en 1982 47

Liste des graphiques

Page

Graphique 1
Incidence de l'invalidité reconnue selon l'âge et le sexe, Québec 1982 — 11

Graphique 2
Incidence comparative de l'invalidité reconnue au Québec de 1970 à 1982 selon le sexe. Incidence pour 10 000 — 14

Graphique 3
Incidence de l'invalidité reconnue au Québec de 1970 à 1982, selon le sexe et le groupe d'âge — 15

Graphique 4
Structure par âge des nouveaux invalides reconnus au Québec, selon le sexe en 1972, 1976 et 1982 — 17-18

Graphique 5
Répartition par origine pathologique des nouveaux invalides reconnus au Québec en 1972, 1976 et 1982 — 20-21

Graphique 6
Incidence comparative de l'invalidité reconnue au Québec selon le sexe et l'origine pathologique, standardisation par âge — Incidence pour 10 000 de 1970 à 1982 — 23-24

Graphique 7
Incidence de l'invalidité reconnue selon l'âge par origine pathologique de l'invalidité pour le sexe masculin, Québec 1982 — Incidence pour 10 000 — 26

Graphique 8
Répartition selon le niveau de mobilité des nouveaux invalides reconnus au Québec en 1972, 1976 et 1982 — 30-31

Graphique 9
Incidence comparative de l'invalidité reconnue au Québec selon le sexe et le niveau de mobilité, standardisation par âge — Incidence pour 10 000 de 1970 à 1982 — 33

Graphique 10
Évolution du taux de mortalité et de l'incidence de l'invalidité reconnue pour 10 000 de 1972 à 1982 – Standardisation par âge — 41

Graphique 11
Quotient brut de mortalité en 1 an des cas incidents selon le sexe, au Québec de 1972 à 1982 — 44

Figure

Page

Figure 1
Schéma des principaux mécanismes évoqués pour expliquer la hausse de l'invalidité reconnue 58

Annexes

Annexe 1

Les procédures d'instruction des demandes formulées à la RRQ et au RPC

Étapes	Principaux éléments à la RRQ	Différences au RPC
1. Admissibilité	L'individu doit compléter une demande (certains litiges sont survenus parce que dans des cas de préretraite pour raisons de santé, des individus croyaient être inscrits par l'employeur).	*Idem*
	Toutes les pièces pertinentes doivent être présentes (citoyenneté, enfants à charge, etc.)	*Idem*
	Une autorisation d'accès à toute information médicale pertinente doit être signée.	*Idem*
	Le registre des gains, par le numéro d'assurance sociale, doit confirmer une période de cotisation (5 des 10 dernières années) et des gains suffisants.	*Idem*
	Ces quatres points constituent la base de *l'admissibilité administrative*. Le dossier est alors suivi par un *agent traiteur*.	Il n'y a pas d'agent traiteur. Le secteur médical (médecins, infirmières) est seul responsable.
2. Dossier médical initial	Un formulaire spécifique doit être complété par le ou les médecins traitants afin de commencer à établir *l'admissibilité médicale*: antécédents médicaux, constatations, copie des rapports/examens/tests, diagnostic et pronostic, appréciation de l'invalidité, hospitalisations.	*Idem*
	Dans l'hypothèse, peu fréquente, où il n'y a pas de médecins traitants, où encore lorsqu'un médecin refuse de compléter la demande, l'individu peut tenter d'obtenir l'admissibilité médicale par un dossier hospitalier et ses antécédents médicaux.	*Idem*
3. Évaluation du dossier médical	L'évaluation du dossier médical est toujours effectuée par le groupe de médecins experts de la Régie des rentes.	*Idem*
	Dans la majorité des cas les informations fournies par le médecin traitant suffisent à	*Idem*

Étapes	Principaux éléments à la RRQ	Différences au RPC
	établir l'admissibilité médicale. Tout au plus certaines informations seront complétées par une enquête téléphonique.	
4. Recherche complémentaire (facultatif)	Pour un nombre important de dossiers (environ 30 % selon nos interlocuteurs) il est nécessaire de pousser plus avant dans le dossier médical. On procédera alors par examens complémentaires et par une recherche sur les antécédents médicaux.	*Idem*
	Cette opération terminée, les médecins de la RRQ statueront sur *l'admissibilité médicale*. Le sujet est alors reconnu médicalement incapable d'exercer toute activité véritablement rémunératrice et ce par suite d'une déficience *permanente*.	On réfère, plutôt qu'à permanente, à une «absence longue et indéfinie».
5. Capacités fonctionnelles	*Parallèlement* à l'établissement de l'admissibilité médicale sont établies les capacités fonctionnelles. Trois points sont particulièrement cruciaux soit la mobilité, la scolarité et l'expérience professionnelle. Ces trois éléments complètent *l'admissibilité* administrative.	On ne distingue pas entre admissibilité médicale et administrative une fois les critères d'admission satisfaits.
	Il peut ainsi survenir qu'un individu médicalement reconnu valide (peut occuper un emploi sédentaire, soulever 10 livres, etc.) soit, de par les trois critères de fonctionnalité, tout de même reconnu invalide. Un faible bagage scolaire et une mobilité réduite peuvent en particulier mener à ce résultat.	
	Le dossier médical est de très loin l'élément le plus lourd dans la décision.	Au RPC, on donne un peu moins de poids au médical et un peu plus à l'environnement de l'individu.

Étapes	Principaux éléments à la RRQ	Différences au RPC
	La mobilité est définie par les médecins.	
	Pour la profession, un personnel qualifié tente, avec le code canadien des professions et une description des exigences de l'emploi, de trouver trois occupations susceptibles de pouvoir être adéquatement remplies par le sujet. Le fait de ne pouvoir en trouver trois, entraîne la reconnaissance.	On ne réfère plus au code canadien mais à la capacité de remplir un emploi sédentaire.
	Toutefois, depuis janvier 1984 pour les personnes de 60 ans ou plus on ne réfère plus légalement qu'à la capacité du sujet d'exercer son emploi habituel. Cette modification à la loi semble entériner une pratique qui s'était déjà progressivement établie.	Au RPC, on semble plutôt référer à l'emploi habituel peu importe l'âge (à ce sujet les avis sont partagés).
6. Prise de décision	À partir de l'admissibilité médicale et de l'admissibilité administrative (de base et capacités fonctionnelles), l'agent traiteur prend la décision d'accepter ou non la demande.	C'est toujours le secteur médical qui prend la décision.
7. Mécanique d'appel	Dans l'hypothèse où la demande est rejetée, le sujet peut en appeler de la décision tout d'abord devant la Régie elle-même puis devant la Commission des affaires sociales (Tribunal administratif).	*Idem*
8. Mise en paiement	Dès la prise de décision, une mise en paiement rétroactive à la présentation de la demande (délai de carence de 4 mois) est effectuée. Ces paiements s'effectueront jusqu'à ce que le sujet décède, atteigne l'âge de la retraite ou se réadapte (– 1 % des cas).	*Idem*
9. Réévaluation de dossiers	Un médecin de la RRQ peut assortir sa reconnaissance d'admissibilité médicale d'une recommandation de réévaluation. En particulier si, à la suite d'une intervention chirurgicale attendue, une amélioration peut être escomptée.	Après un an on réévalue le dossier.

Annexe 2

Principaux effectifs

Cas incidents

Sexe masculin

Âge	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
25 – 29	23	20	33	41	44	45	58	48	67	51	54	74	96	71
30 – 34	24	37	36	49	60	56	85	85	85	82	92	91	114	126
35 – 39	32	56	64	68	76	80	114	116	130	112	132	165	187	148
40 – 44	69	105	117	143	157	145	202	189	193	186	230	257	306	283
45 – 49	150	203	223	258	253	297	398	376	396	392	438	450	521	454
50 – 54	259	352	437	480	534	638	753	800	724	771	833	862	1048	963
55 – 59	443	676	789	933	986	1156	1394	1342	1349	1496	1622	1840	2035	1908
60 – 64	535	885	1024	1244	1438	1591	2012	2107	2033	2142	2195	2485	3137	3192
Total	**1535**	**2334**	**2723**	**3216**	**3548**	**4008**	**5016**	**5063**	**4977**	**5232**	**5596**	**6224**	**7444**	**7145**

Pathologie	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Tumeurs	203	352	406	456	506	514	608	761	791	852	898	948	1134	1192
Tr. mentaux	102	135	187	200	217	250	286	315	347	333	362	400	500	446
Sens	112	139	186	187	216	249	351	373	335	302	338	400	530	501
M. app. circ.	701	1029	1205	1403	1460	1692	2097	2055	1976	2000	2209	2374	2647	2569
M. app. resp.	155	249	292	371	415	426	588	563	475	508	556	636	721	660
M. app. ostéo-artic.	90	147	178	218	304	355	447	438	459	566	628	743	1072	1013
Accidents	56	95	83	102	126	154	201	164	140	167	188	256	264	233
Autres	116	188	186	279	304	368	438	394	454	504	417	467	576	531
Total	**1535**	**2334**	**2723**	**3216**	**3548**	**4008**	**5016**	**5063**	**4977**	**5232**	**5596**	**6224**	**7444**	**7145**

Mobilité	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Confiné	334	523	659	759	516	550	688	660	700	597	532	629	752	772
Aide	391	523	614	689	822	876	1200	1241	1130	1074	996	994	1141	1011
Sans aide	810	1288	1450	1768	2210	2582	3128	3162	3147	3561	4068	4601	5551	5362
Total	**1535**	**2334**	**2723**	**3216**	**3548**	**4008**	**5016**	**5063**	**4977**	**5232**	**5596**	**6224**	**7444**	**7145**

Sexe féminin

Âge	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
25 – 29	5	4	4	9	10	20	25	19	23	32	38	38	44	50
30 – 34	4	0	13	10	21	29	27	33	40	47	48	59	62	76
35 – 39	4	12	17	14	19	22	23	46	42	45	49	78	73	82
40 – 44	12	15	22	28	34	41	52	57	63	58	84	91	92	119
45 – 49	13	25	37	50	59	79	99	105	113	125	129	147	159	187
50 – 54	35	54	76	73	110	135	174	150	178	210	207	256	321	301
55 – 59	47	98	154	137	188	245	255	259	285	356	343	478	471	459
60 – 64	53	113	163	203	266	352	396	367	412	380	459	507	655	682
Total	**173**	**321**	**486**	**524**	**707**	**923**	**1051**	**1036**	**1156**	**1253**	**1357**	**1654**	**1877**	**1956**

Pathologie	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Tumeurs	29	66	95	95	135	149	182	193	246	242	258	304	319	368
Tr. mentaux	19	36	62	45	62	102	97	83	135	141	155	189	224	237
Sens	16	29	46	53	77	86	104	105	109	125	139	164	162	196
M. app. circ.	56	106	161	166	217	295	319	287	287	356	333	399	428	426
M. app. resp.	10	8	19	27	31	37	55	45	45	47	68	75	82	88
M. app. ostéo-artic.	17	41	50	66	84	149	149	197	184	198	256	337	431	437
Accidents	8	7	12	18	18	21	33	23	26	34	28	39	49	55
Autres	18	28	41	54	83	84	112	103	124	110	120	147	182	149
Total	**173**	**321**	**486**	**524**	**707**	**923**	**1051**	**1036**	**1156**	**1253**	**1357**	**1654**	**1877**	**1956**

Mobilité	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Confinée	32	56	100	101	88	105	89	81	110	109	94	129	159	144
Aide	44	110	182	171	193	235	345	305	332	297	271	317	378	370
Sans aide	97	155	204	252	426	583	617	650	714	847	992	1208	1340	1442
Total	**173**	**321**	**486**	**524**	**707**	**923**	**1051**	**1036**	**1156**	**1253**	**1357**	**1654**	**1877**	**1956**

Annexe 3

Résultats des corrélations entres les variations annuelles de l'IIR standardisée et des taux de mortalité standardisés

Coefficient de corrélation linéaire entre les variations annuelles de la mortalité standardisée et les variations annuelles de l'IIR standardisée.

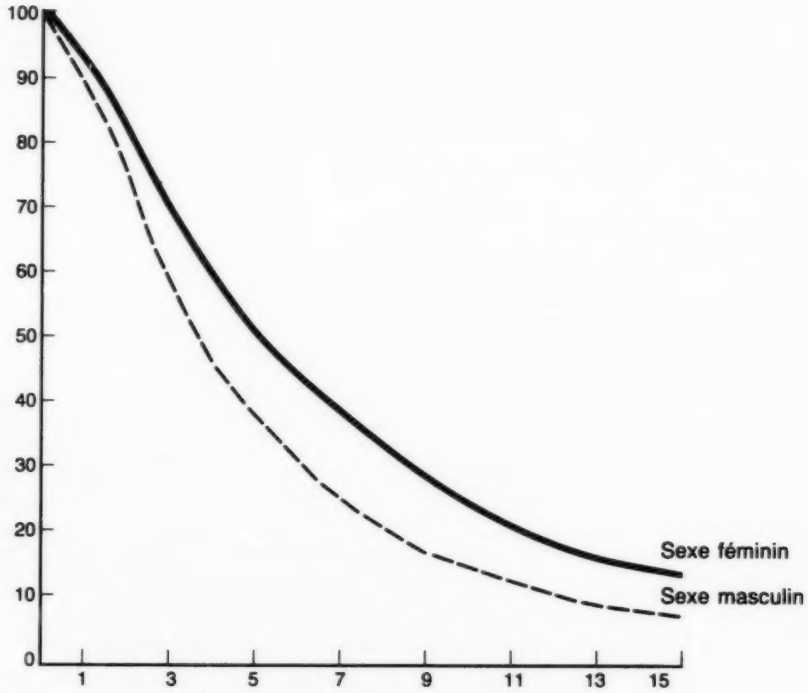
	Variation annuelle des taux de mortalité standardisés	
Variation annuelle de l'IIR standardisée	**Sexe masculin**	**Sexe féminin**
Tous niveaux de mobilité	– 0,298822	– 0,290109
À l'exclusion des mobiles sans aide	– 0,0829276	– 0,325088
Sujets vivant en institution ou confinés à domicile	– 0,100116	+ 0,253763

Annexe 4

Courbe de survie des invalides reconnus entre 1970 et 1983 au Québec par la RRQ, selon le sexe

Graphique 11

Quotient brut de mortalité en 1 an des cas incidents selon le sexe, au Québec de 1972 à 1982.



Durée en année depuis la reconnaissance de l'invalidité.

La hausse de l'invalidité

On tend souvent à associer la hausse de l'invalidité dans une population au vieillissement de cette dernière. Or au sein même de la population adulte et active on a pu constater, au cours des dernières années, une hausse de l'invalidité. Quelles en sont les raisons, les causes sous-jacentes?

Dans cette étude originale, Jean-Marie Robine, démographe et épidémiologue à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale en France, chercheur invité au Conseil des affaires sociales et de la famille et Yvon Brunelle, politicologue et chercheur au Conseil des affaires sociales et de la famille font le point sur les tendances de l'invalidité lourde et légère.

Cette monographie saura intéresser les professionnels de la santé, les étudiants, les gestionnaires de la santé et des assurances sociales et tous ceux qui s'intéressent aux nouveaux indicateurs du domaine de la santé.

Dans la même collection:

Des victoires sur la mort
Les coûts de la maladie
Des problèmes prioritaires
Durée ou qualité de la vie?

Gouvernement du Québec
Conseil des affaires sociales et de la famille

Imprimé au Québec, Canada